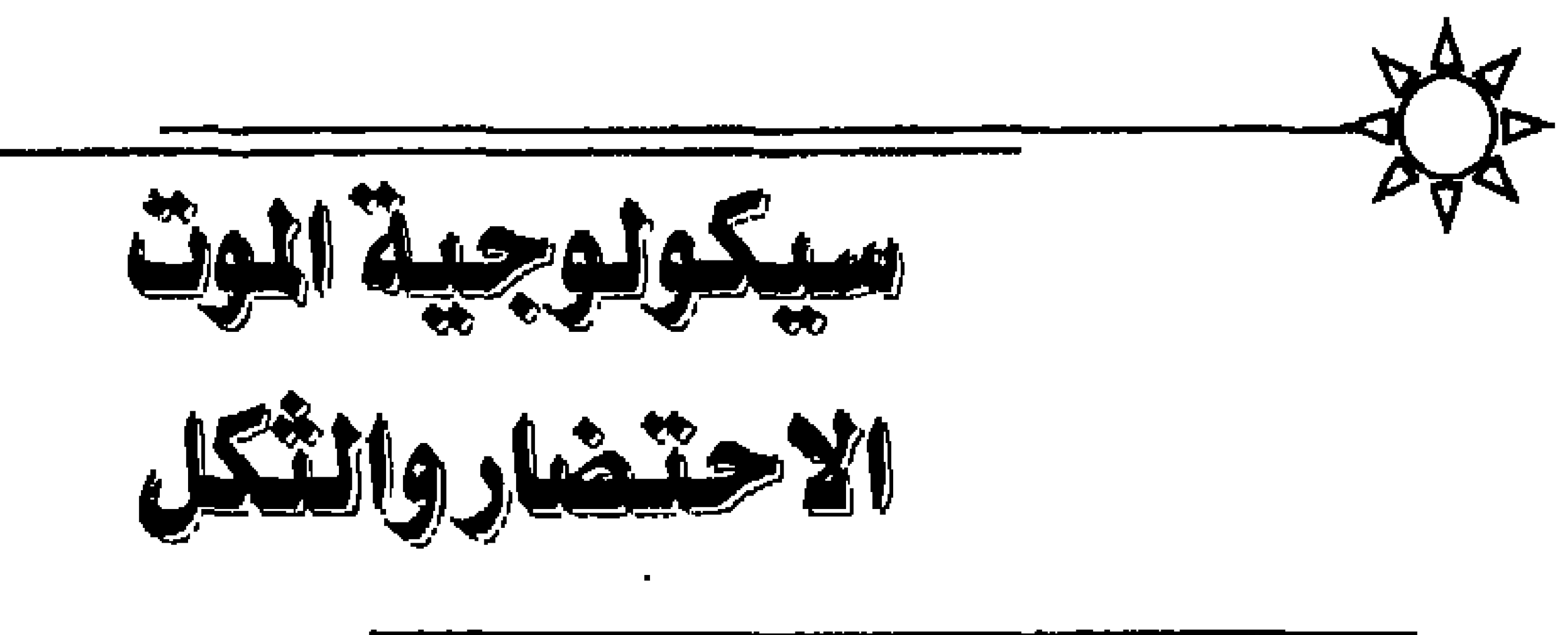
الموت والاحتضار

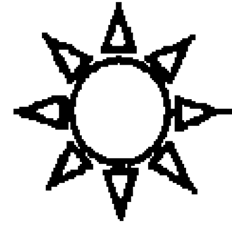
تعريب الدكتور

حكمت الحلو





سيكولوجية الموت
الاحتضار والثكل



سيكولوجية

الموت ... الاحتضار والثكل

THE PSYCHOLOGY OF DEATH, DYING, AND BEREAVEMENT

تأليف

ريتشارد شولتز

ترجمة الدكتور

حكمت الحلو

الطبعة الأولى

1436 هـ - 2015م

المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية

الحلو ، حكمت

سيكولوجية الموت والاحتضار والثكل/حكمت الحلو .- دار زهران للنشر والتوزيع، 2015.

(   ) ص.

ر.أ. :

الواصفات: الموت/

❖ يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

المتخصصون في الكتاب الجامعي الأكاديمي العربي والأجنبي

دار زهران للنشر والتوزيع

تلفاكس : 5331289 – 6 – 962+، ص.ب 1170 عمان 11941 الأردن
E-mail : Zahran.publishers@gmail.com
www.zahranpublishers.com

الاهداء

الى

العصفورين الوادِعَين

اللّذَين هجرا قلبي

ليغرّدا في رحاب الجنّة

ولديَّ الحبيبين

ابراهيم ومصطفى

المترجم

مقدمة المؤلف

تم تأليف هذا الكتاب لملء ثغرة واضحة في تاريخ الموت والاحتضار، فهو يقدم نظرة شاملة، ويحلل النتائج المعتمدة على التجربة في موضوع الموت والاحتضار والثكل، ومثل هذا التحليل ممكن تماماً بسبب الكميات الهائلة من البيانات التجريبية المجموعة والمصنفة حول هذا الموضوع خلال العقدين الأخيرين، ورغم أن فائدة هذه البيانات كانت محدودة في الماضي بسبب غياب النقد المتكامل لها الا أننا حاولنا تناول بعض القضايا التي تعتمد على التجربة وكان التركيز الأساسي لهذا الكتاب هو التحليل النقدي للبيانات المتوفرة، فلقد طرحت أسئلة وقضايا عديدة وقدّمت البيانات المرتبطة بالموضوع عندما وُضِعت الاستنتاجات المناسبة والاقتراحات العملية، كما وضعت اقتراحات لأبحاث مستقبلية في الحالات التي وجدنا فيها أن البيانات لا تزودنا بمعلومات مهمة لأجوبة قاطعة.

ومن المجازفة والغرور الادعاء بأن هذا الكتاب يجب أو من الممكن أن يقرؤه جمهور يتراوحون بين الأشخاص البسطاء إلى الطلبة المتخرجين من المدارس المهنية والسايكولوجية، ولكننا نشعر بأن كل هذه المجموعات هم أشخاص يرتبطون بهذا الكتاب لأنه يضيف لهم أفكاراً مهمة لوجهات النظر الفلسفية والإنسانية والشخصية خاصة للذين يتناولون هذا الموضوع لأول مرة فهو يزودهم بتصورات واضحة عن كل ما يتعلق بهذا الموضوع .

كما أن هذا الكتاب يزود المختصين بأحدث ما يجب معرفته عن الموت والاحتضار والثكل، ويقدم اقتراحات للتعامل مع بعض المشكلات التي غالباً ما تواجه الدارس والباحث باتجاه إجراء بحوث مستقبلية في هذا الموضوع.

وربما يكون المنظور التجريبي غير كامل اذا لم يرافقه نقاش عن منهجية البحث وهذا ما ستتناوله في الفصل الأول، فلقد عرضنا مختلف البحوث في الموت والاحتضار، وناقشنا بعض ستراتيجيات هذه البحوث، واستخدمنا أمثلة من أدبيات الموت والاحتضار لتوضيح مختلف منهجيات البحث لأن هذا النقاش يقدم أرضية ضرورية لهؤلاء الذي لديهم أو ليس لديهم البتة أية فكرة عن منهجية البحث، ولأننا كثيراً ما نواجَه باعتراضات حول أخلاقية القيام بالبحث عن الموت والاحتضار ..لذلك فإن الفصل الأول يتضمن أيضاً مناقشة القضايا الأخلاقية وتحليل الفوائد والمخاطر المرتبطة بمختلف منهجيات البحث.

أما الفصل الثاني وحتى السابع فيتضمن الأجزاء الأساسية للكتاب وستغطي مساحة كبيرة منه، فالفصل الثاني مخصص لكيفية تفكيرنا عن الموت، وقد قدمنا فيه أولاً أفكاراً مستنتجة من البحوث المتوفرة وأتبعناها بنقاش عن بحث في قلق وخوف الموت، وقد تم نقد هذا البحوث وقدمنا اقتراحاتنا لبحوث مستقبلية.

أما الفصل الثالث فقد تضمن استشرافاً عن ديمغرافية الموت ففي هذا الفصل أجبنا عن أسئلة مثل: كيف نموت؟ ومتى نموت؟ وأين نموت؟

وناقشنا في الفصل الرابع القضايا المهمة للمرحلة النهائية للحياة واختبرنا البيانات المتعلقة بالتفاعل بين الفريق الطبي والمريض، ووصفنا الحالة الانفعالية للمريض المحتضر، كما ناقشنا كيفية إشباع حاجات المريض المحتضر، وينتهي الفصل باختبار القضايا المتعلقة بالقتل الرحيم مع مناقشة الأفكار الحديثة حول تعريف الموت.

وبينما يبحث معظم هذا الكتاب في الأفكار السايكولوجية للمحتضر فإن الفصل الخامس منه يهتم بالاستشرافات السايكولوجية للحياة، ومناقشة مظاهر طول العمر النفسية الاجتماعية والبيولوجية والهادفة إلى تعريف المتغيرات التي من المحتمل أن تحسن كلاً من النوعية وتزيد من استمرارية الحياة.

أما كيف نستجيب لموت شخص عزيز علينا؟ فقد كان هذا السؤال هو عنوان الفصل السادس الذي يدور حول الحزن والثكل حيث فحصنا نتائج البيانات السلوكية والسايكولوجية للثكل وناقشنا تأثير الإجراءات العلاجية للشخص الثاكل وكرسنا الجزء الأخير لثقافة الموت، مقدمين أمثلة عن برامج الموت التثقيفية الموجهة لمختلف الناس بدءاً بالأطفال ووصولاً إلى ذوي المهمن الطبية.

ريتشارد شولز

شكر

إن الشكر يهم الكثير من الناس الذين شاركوا في انجاز هذا العمل، فأولاً وقبل كل شيء أنا ممتن لأيلين شيلتون لمساعدتنا في تنظيم وتحرير هذا المخطوط، ويستحق الثناء كل من بيتسي ليدن، إيد سيغر، وموريل فليشمان لطباعتهم وإعادة تنقيحهم لهذا الكتاب. ومن بين مجموعة من الأشخاص فأنا أشكر طلبتي في جامعة كارنيجي- ميلون الذين قاموا بمراجعة الطبعات الأولى لهذا الكتاب وزودوني بخلاصة قيمة عنه، وأشكر روبرت كاوستنباوم والذي كان مثالياً في عمله فلقد زودني بنقد قيم، وأشكر ماري آن واطسون ولاري بوجن لاقتراحاتهما التي ساهمت في تحسين هذا الكتاب بشكل جيد، وحيث أن قيمة هذا العمل هي في المناقشات التي أثارها لذلك فأنا ممتن شخصياً لأساتذتي في جامعة ديوك لإعطائهم الفرصة لي لإنجازه منهم ديفيد اورمان، جاك بريهم، ادوارد أي جونز، جورج مادوكس، وسوزان روث. وبشكل خاص فأنا ممتن لديفيد اورمان الذي أثار اهتمامي بهذا المجال وتعاون معي في العديد من مشروعات الموت.

لهؤلاء الذين لكثرة عددهم يصعب ذكرهم والذي أعطوا ما فيه الكفاية لجعل هذا الكتاب عملاً محبباً أقدم لهم حبي.

وأخيراً فإن روبرت روزنباوم يستحق كل المديح لإثباته لي مرة أخرى بأنه إذا أردت أن تقوم بعمل شيء ما بصورة صحيحة فالأفضل أن تعمله بنفسك.

وأخيراً ولكن ليس أقل فتحيات من القلب لمايكل شير الذي أثبت في النهاية بأنه ساعد بصورة أكثر مما هو متوقع منه. ولتهيئة هذا الكتاب فإنه حصل على بعض الدعم من المعهد القومي للشيخوخة. فشكرا له.

الفصـــل الأول

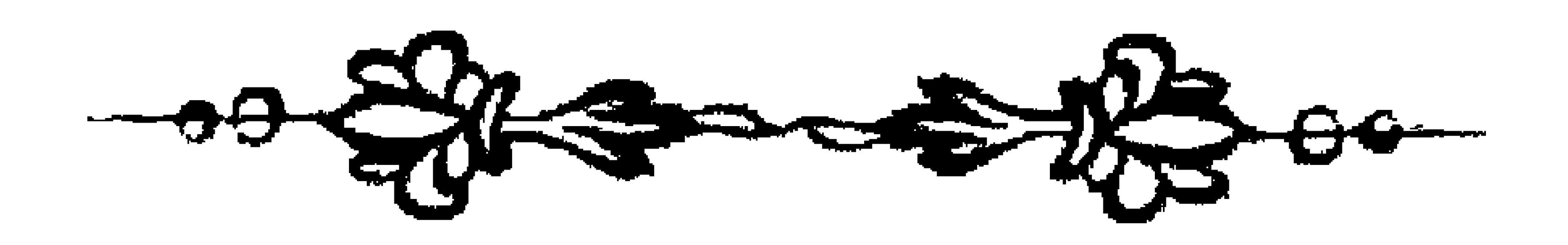
المقدمة:

قضايا عامة، وستراتيجية البحث

Introduction:

General Issues

Research Strategy



مدخـــــــــــل

شهد العقدين الاخيرين إهتماماً متنامياً بـالموت، والاحتـضار والثكـل في مختلـف فروع المعرفة، وإنهماك علماء النفس وإسهامهم في هذه الميادين قد إنعكس مـن خـلال الأكداس الكـثيرة مـن الكتـب، والـصحف والـدوريات، ومراكـز البحـوث المكرسـة للأوجه النفسية للموت والاحتضار والثكل، وأفضل دليل علـى انتـشار وشـعبية هـذه المواضيع، هو حجم التغطية التي توليها وسائل الإعلام مـن مقـالات في الـصحف وفي المجلات الشعبية، وفي العـروض التلفزيونيـة، وإنتـشار الوثـائق الـتي تركـز علـى آخـر المستجدات والآراء في الموت والاحتضار والثكل، والسؤال التي يتوارد الى الـذهن هـو : هل سيستمر هذا الاهتمام بمسائل الموت ؟

وفي تقديري أنه سيستمر ـ وسينمو فعلاً- في السنوات القادمة، أما لمـاذا سيـستمر؟ فالجواب نجده في جوهر بعض المـسائل المـثيرة للجـدل والنقـاش الـتي تثيرهـا وسـائل الإعلام، ففي الوقت الذي دُرِست فيه الكـثير مـن المجـالات الجديـدة بـدءاً مـن محنـة المريض الميؤوس منه، إلى العلاقة بين الثكل والفناء نجـد أن التركيـز كـان منـصباً علـى مشاكل مختلفة تتعلق بنا ظلت لسنوات عديدة دون أن تجـد العنايـة الكافيـة إلاّ مـؤخراً وعلى نحو واضح من قبيل، ما هـو المـوت؟ وكيـف يمكـن للمـرء أن يحـدد أو يعـرّف الموت؟ وما هو الأثر النفسي للمرض المميت علـى المـريض وعلـى عائلتـه؟ وهـل أن على الطبيب أن يكاشف المريض الميؤوس منه بحقيقة أمره؟ وما دامت هذه المـشكلات باقية ومن غير المحتمل أن تختفي من حياتنا فإن الاهتمام بـالموت والاحتـضار يجـب أن يستمر، كما يجب أن تستمر وتتوسع الأبحاث والنقاشات حول هذه المسائل أيضاً طالمـا

اعتقدنا بأننا نستطيع أن نفعل حيالها شيئاً ما، وما أن تحل أو نستنتج بأنها غير قابلة للحل فإن الاهتمام بها سرعان ما يزول.

ويعزى الاهتمام بالموت والاحتضار حديثاً إلى تزايد الاهتمام بمشكلات الشيخوخة، فبما أن الموت غالباً ما يقع بين فئة المسنين فإن مسائل الموت والاحتضار تعتبر إحدى المشكلات الموجودة بين هذه الفئة، لذلك فلابد أن نرى تزايداً من الأبحاث والنقاشات العامة لهذا الموضوع ذلك أن التنبؤ في مجال الشيخوخة هو أمر ايجابي، وقد يصل بنا الى نتائج مفيدة نسعى جاهدين للوصول اليها.

ويعود الفضل في هذا الاطار إلى بعض الباحثين المتخصصين والكتاب الذين وجهوا انتباه الرأي العام من خلال جهودهم في مسائل الموت والاحتضار، فقد أثار بعضهم مثل (اليزابيت كوبلر روس Elizabeth kubler- Ross) و (هيرمان فيفل Herman Feifel) اهتماماً متزايداً بهذا الموضوع في الصحف والمقالات والمجلات العامة، وكان نتاج عمل الدكتورة سيسلي ساوندرز Cicely Saunders الابداعي مع المرضى الميؤوس منهم أن سلطت الضوء على مسائل الموت والاحتضار، كما يجب أن نضيف إلى هذه القائمة العلماء الذين لا حصر لهم من الذين بحثوا وكتبوا عن الموت والاحتضار منذ مدة طويلة قبل أن يصبح هذا الموضوع شائعاً كما هو الآن، وهذه القائمة ستكون طويلة جداً لو أدرجنا فيها جميع الأسماء ولكننا نرجو أن نكون قد أنصفناهم بذكر أعمالهم في صفحات عديدة من هذا الكتاب.

- وجهات نظر عن الموت والاحتضار والثكل-

في حين ما يزال العديد من الكتّاب والباحثين يصرّون على أن الموت هو موضوع يجب تجنبه وإنكاره وتجاهله، إلا أن حجم المادة المكتوبة والمنشورة عن الموضوع تفند ذلك، فلقد نوقش الموت وتم تحليله وشرحه من كل جانب تقريباً، وامتلأت الرفوف بالكتب ذات الآراء الفلسفية والدينية والاجتماعية والانثروبولوجية والنفسية والطبية عن الموت، وحملت مقالات الصحف وعلى نحو متكرر عنوانات مثل : (الموت في الفن، والموت في الأدب، والموت في الموسيقى ..وهكذا) يضاف إلى هذه القائمة عدد هائل من التقارير الشخصية المنشورة عن المراحل الأخيرة للحياة والمناقشات المتعلقة ببعض الظواهر مثل الحياة بعد الموت.

إن الاهتمام الواسع بالموت ليس ظاهرة جديدة فقد اهتم به الفلاسفة وعلماء اللاهوت على مدى قرون طويلة، ومن أبيقور Epicurus[1] 270-352 ق.م وحتى برتراند رسل[2] Beretrand Russell كانت أهمية الموت بالنسبة لكينونة الإنسان واحدة من النقاط المركزية الكبيرة للفكر والكتابة الفلسفية، فمعنى الموت للكائن البشري هي نقطة البداية بالنسبة للفلسفة الوجودية لهيدجر[3] وسارتر[1].

---

(1) ابيقور Epicurus : هو فيلسوف يوناني قال بأن المتعة هي الخير الأسمى ، وأن الفضيلة وحدها هي مصدر المتعة (المترجم).

(2) برتراند رسل Bertrand Russell (1872-1970) : رياضياتي وفيلسوف انكليزي من أثاره تحليل المادة The analysis of matter (المترجم).

(3) مارتن هيدجر Martin Heidggar : فيلسوف الماني يعد المؤسس الأول للفلسفة الوجودية (المترجم).

وفضلاً عن ذلك فإن الموت غالباً ما يظهر في الأدب، فلقد إهتم الكتاب الملتزمون في القرون الثلاث الأخيرة بهذ ا الموضوع بشكل واضح، وبين حين وآخرنقرا بحوثاً أو تقارير أو مقالات تتعلق بالموت والاحتضار واللاوجود، والحياة بعد الموت .. وهكذا، مما يعني أن الموت قد أضحى الموضوع الأكثر اهتماماً لدى معظم الكتّاب، وما زال هذا الاهتمام، بل زاد في الوقت الحاضر.

وثمة اختلافات نوعية بين الطرق التي اتبعت في العقدين الأخيرين مقارنة مع المعالجات السابقة لهذا الموضوع فلأول مرة يسعى الباحثون في فروع المعرفة المختلفة إلى جمع بيانات منهجية وتجريبية دقيقة، وكانت أغلب البيانات التي جمعت قد تم التحقق منها من قبل علماء النفس، وشارك الأطباء وعلماء الاجتماع في ذلك أيضاً، وبهذا فقد تنوعت ونمت بشكل واسع فاق التوقعات إلى حد بعيد؛ وهناك إحصاءات وبيانات تجريبية كثيرة تستلزم الإجابة على العديد من المسائل التي تم تشخيصها مثل (ما هي الحاجات النفسية للمريض الميؤوس منه؟) وقد قمنا بجمع معلومات كافية لطرح بعض المقترحات التجريبية كحلول لهذه المسائل، فعلى سبيل المثال إننا نعرف بما فيه الكفاية عن العلاقة بين الكادر الطبي والمرضى الذين يحتضرون، ونقدم باستمرار اقتراحات خاصة للذين يقدمون العناية الطبية للمرضى الميؤوس منهم كما أننا نعرف بما فيه الكفاية عن عمليات الثكل ونحدد نوع التفاعل المطلوب في حالات خاصة.

أما المشكلات الأخرى المتعلقة بالموت، فإن البيانات لا تعطي المعلومات الضرورية لاتخاذ القرارات القاطعة والواضحة فهذه البيانات تعطي فقط المعلومات

=

(1) جان بول سارتر Jan paul Sartre (1905-1980) : روائي وكاتب مسرحي وفيلسوف فرنسي واحد زعماء الفلسفة الوجودية. (المترجم)

التي يجب أن تسمح باتخاذ قرارات أكثر عقلانية وحكمة، وأصبحت مسألة هل أن إبلاغ المحتضر عن نهايته أم لا هي الموضوع المهم، فالدليل المتوفر عن هذا السؤال لا يعطينا جواباً قاطعاً، غير أنه يخبرنا بالجوانب المهمة لهذه المسألة، وأخيراً فإن نتائج البحث قد لا تعطينا إجابة مباشرة للسؤال إلا أنها تهدينا لبحوث لاحقة، وإن فائدة هذه الكميات الكبيرة من الدراسات التجريبية هي محدودة لسوء الحظ بسبب عدم توفر وجهات النظر الشاملة والتحليلات للدراسات ذات العلاقة، ويسعى هذا الكتاب لتصحيح هذا الموقف ففي حين أن بعض المسائل غير التجريبية قد تم التعرض لها هنا إلا أن الهدف الأساسي هو تقديم عرض شامل وتحليل النتائج التجريبية المثيرة عن الموت، والاحتضار والثكل.

ربما كان استخدامنا لمصطلح تجريبي ليس واضحاً لحد الآن ولكن في الجزء الثاني من الكتاب سيكون معنى المعطيات التجريبية والطرق المستخدمة لجمع البيانات قد تم تحديده بوضوح أكثر وسندرس ونناقش مزايا وسلبيات منهجية البحوث التي نتناولها.

"الطريقة التجريبية"

إن المعرفة التجريبية هي المعرفة المرتكزة على الملاحظة أو التجربة، والملاحظة العلمية يجب أن تكون منظمة جداً ويقوم بها عدة ملاحظين وعدداً من المفحوصين، أو قد تتضمن ملاحظاً واحداً فقط يلاحظ سلوك فرد واحد أو أكثر، أما التجربة فهي اختبار منهجي لفرضية محددة تعزو سلسلة من الأحداث إلى نتيجة معينة، وإن الاختلاف المهم بين الطرق التجريبية وغير التجريبية هو أن تفسيرات وتوضيحات الأحداث تكون مرتكزة على البيانات التي تم جمعها من الأفراد الذين نقوم بدراستهم في الطريقة التجريبية، في حين أن الطريقة غير التجريبية قد تعتمد بشكل كبير جداً على الحدس النظري والخلفية العلمية للباحث، وهذا لا يعني أن الملاحظات المرتكزة

على التجارب هي بالضرورة أكثر دقة من تلك التي تم اشتقاقها عن طريق الحدس النظري، ومع ذلك فإن الطريقة التجريبية تعتمد على الاختبار وإعادة التقييم المستمر للملاحظات والتفسيرات، وعلى المدى البعيد فإنه يجب أن يكون فهمنا للظواهر المختلفة أكثر دقة فيما لو استخدمنا الطرق غير التجريبية.

وهناك ثلاثة أنواع من الطرق التجريبية المتيسرة للباحث هي : طريقة الملاحظة ، والطريقة الارتباطية، والطريقة التجريبية، وسيتم التطرق إلى كل واحدة من هذه الطرق بالتفصيل مع تقديم أمثلة ملائمة لكل منها أخذت عن أدبيات الموت والاحتضار.

طريقة الملاحظة

إن أبسط تقنية لجمع البيانات هي ملاحظة سلوك فرد أو أكثر ووصفه، وربما إجراء بعض التفسيرات للسلوك الذي تمت ملاحظته، وأبسط شكل للملاحظة هو (دراسة الحالة Case Study) وهي من الناحية النموذجية وصف مفصل عن فرد واحد، وقد يكون الوصف مبنياً على المقابلات الرسمية مع الفرد نفسه أو بملاحظته دون علمه وفي أوضاع مختلفة، فإذا كان لدينا بعض البيانات الأساسية (بيانات قياسية عن مجتمع ما مثلاً) فبإمكاننا أن نقارن ملاحظاتنا مع البيانات القياسية لتحديد البعد الذي يقع عليه سلوك الفرد.

وعلى الرغم من صعوبة اشتقاق استنتاجات عامة من دراسة حالات منفردة إلاّ أنها تعد مصدراً مهماً للفرضيات والتخمينات عن سلوك الإنسان، وهذه التخمينات يمكن اختبارها إلى مدى أبعد عن طريق مقابلة وملاحظة أفراد آخرين، ولأن البيانات التي يتم الحصول عليها من هذه المقابلات هي ليست مقابلات نموذجية كمية (أي صالحة للتحليل العددي أو الإحصائي) فهي على الغالب تتألف من انطباعات أو

وصف مفصل أو قدر كبير من التوقعات، وعليه فمن الصعوبة أن نحلل هـذه البيانـات باستخدام الإجراءات الإحصائية المتيسرة.

ويمثـل عمـل (اليزابيـت كـوبلر- روز Elizabeth Kubler-ross) هـذه الطريقة، فقد التقت في البداية بأربعة من طلبة علم اللاهوت من الـذين أرادوا اختبـار الموت كأزمة في حياة الإنسان، وبعد المزيد من المناقشة أصبح واضحاً لهم بأنـه سـيكون من المستحيل تقريباً استخدام الإجـراءات العلميـة التقليديـة الـتي تـشتمل علـى جمـع البيانات المتنوعة لهذا فقد قرروا أن يراقبوا المرضى(دراسـة اسـتجاباتهم واحتياجـاتهم، وتقييم ردود أفعال الناس المحيطين بهم، والاقتراب من المحتضرين بقدر ما يُسمح لهم).

وقد تمت مقابلة بضع مئات من المرضى، وعلى أساس هـذه المقـابلات اسـتنتجت روز أن المرضى الميؤوس منهم إذا ما منحوا الوقت الكافي فإنهم يمرون بخمس مراحـل مميزة هي (الإنكار، الغضب، المساومة، الكآبة، والقبول) مـن وقـت معـرفتهم بحـالتهم وحتى موتهم.

ومن الجدير بالملاحظة أن نظرية المراحل لروز مبنية على انطباعات فـرد واحـد ولم تجرِ أي محاولة للسيطرة أو لتنظيم عملية المقابلة أو للتأكد من مصداقية الملاحظات.

ورغم ذلك فإن هذه الاستنتاجات ربما تكون الأفضل فيما لـو نظرنـا إليهـا علـى أنها فرضيات بدلاً من النظر إليها كنتائج، ومن الـضروري إجـراء أبحـاث أكثـر تعقيـداً لتقييم مثل هذه التوقعات على نحو واف، وقد قُـدمت مناقـشة تفـصيلية لهـذه المادة في الفصل الخامس.

وملاحظة نارديني Nardeni لأسرى الحرب الأمريكان هـي مثـال آخـر لطريقـة الملاحظة الفعالة فوفقاً لرأي نارديني فإن الموت في مخيم الأسر يكون مرتبطاً في الغالـب

برغبة الأسير في الحياة أو مستوى أمله أكثر من ارتباطه بحالته البدنية، أما الدراسة الـتي قدمتها روز فقد تضمنت بيانات انطباعية بحاجة إلى مصداقية أكبر.

وبصورة عامة فإن البيانـات الـتي تم التوصـل إليهـا بهـذه الطريقـة كانـت فـرص التحيز في جمع البيانات كبيرة ولا يمكن اغفالها، ولكن يجـب أن ينظـر الى معطياتهـا في نفس الوقت كمصدر مهم ومفيد لفرضيات مثيرة في بحوث مستقبلية أكثر نضجاً .

"الطرق الارتباطية"

عندما يهتم الباحث بقياس العلاقة بين متغيرين فإنه يحسب الارتبـاط بـين هـذين المتغيرين -أي أنـه يقـدر المـدى الـذي تـرتبط بـه الاختلافـات في مـتغير واحـد مـع الاختلافات في المتغير الآخـر- وكمثـال بـسيط علـى ذلـك هـو العلاقـة بـين الـوزن والطول، فإذا ما قسنا أوزان وأطوال مائة فرد ورسمناها بيانياً فإننـا سـنجد بأنـه كلمـا ازداد الطول ازداد الوزن أيضاً، وهكذا فإن الوزن والطـول يرتبطـان ارتباطـاً ايجابيـاً ؛ وكمثال على الارتباط السلبي هـو العلاقـة بـين العمـر والنـشاط البـدني الـشاق بـين البالغين، فبالنسبة لمعظم الأفراد فإنه كلما ازداد العمر فإن النشاط البدني ينخفض.

إن النـاتج النهـائي للتحليـل يـدعي معامـل الارتبـاط، وهـو عـدد يـتراوح بـين (-1الى +1) ويعكس درجة العلاقة بين المتغيرين، وتعكس العلاقة (إيجـابي أو سـلبي) اتجاه العلاقة، والانحراف عن الصفر يشير إلى قـوة العلاقـة فالارتبـاط (+0,89) مـثلاً يعني أن العلاقة بين المتغيرين هي علاقة ايجابية وقوية تماماً (فعندما يزداد مـتغير أو يقـل فإن المتغير الآخر يزداد أو يقل هو الآخر) أما معامل الارتباط+1.00 مثلاً فإنـه يعـني كلما ارتفعت قيمة المتغير الأول انخفضت قيمة المـتغير الثـاني، أمـا الارتباطـات التامـة والتي هي سلبية أو ايجابية فقلما تكون موجودة، أما الارتبـاط (0.00) فيـشير إلى أنـه ليس ثمة علاقة بين المتغيرين.

كيف يتمكن باحثو الموت من استخدام هذه الآلية إذاً ؟ لقد استخدمت الطرق الارتباطية على نحو كبير من قبل الباحثين والمهتمين بالعلاقة بين قلق الموت وتشكيلة واسعة من المتغيرات الشخصية والديمغرافية[1]، فلقد تطرقت أعداد كبيرة من الدراسات إلى العلاقة بين قلق الموت والجنس والعمر والمعتقدات الدينية والثقافة...الخ، والسؤال الذي يطرح باستمرار عن التدين وقلق الموت هو (هل أن الأفراد المتدينون جداً لديهم نسبة أقل من قلق الموت؟) ومازالت النتائج غير قاطعة تماماً إلا أن هناك بعض الأدلة توضح بأن العلاقة بين قلق الموت ودرجة التدين هي علاقة سلبية أي كلما كان الفرد أكثر تديناً قلّ لديه قلق الموت، وهناك مثال آخر من أدبيات الموت هو العلاقة بين اليأس والانحطاط البدني، فلقد كانت الارتباطات سلبية بين مستوى اليأس وطول البقاء، فكلما كان المريض أكثر يأساً كلما كان انحطاطه البدني أسرع، وكانت واقعة موته أسرع أيضاً، وقد يستنتج الباحث العادي من هذا الارتباط بأن اليأس يسبب الانحطاط، وهذا استنتاج منطقي ومعقول بيد أنه غير صحيح اذا ما بني على البيانات الارتباطية فقط وذلك لأن الارتباط لايتضمن الأسباب ومن المستحيل أن نقرر من خلال الارتباطات البسيطة أن المتغير الواحد يؤدي إلى الآخر أو بالعكس، أو فيما إذا أُشرك متغير ثالث قد يكون مرتبطاً مع كليهما، وفي المثال المقدم أعلاه لا يمكننا أن نقرر أن سبب اليأس هو الانحطاط البدني أو فيما اذا كان سبب ادراك المريض لانحطاطه البدني يؤدي إلى اليأس لديه.

وأخيراً فمن الممكن وضمن ذلك ادخال متغير ثالث، كموقف الطبيب الذي يأخذ بنظر الاعتبار ما سيحدث للمريض، فقد يصبح الطبيب يائساً من احتمالات شفاء مريضه، وقد ينقل هذا الموقف إلى المريض فيجعله يائساً أيضاً ؛ وإضافة إلى ذلك

(1) ديموغرافياDemography : هي الدراسة الإحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات، والصحة والزواج ...الخ (المترجم).

فقد يوقف الطبيب إجراءات العلاج المقررة بسبب يأسه جاعلاً موت المريض أسرع من المتوقع، هذا هو مثال افتراضي بحت بيد أنه يوضح زيف التفسيرات السببية المشتقة من البيانات الارتباطية إلا أن هذه الظروف هي نادرة نوعاً ما، وأن أكثر الوسائل فاعلية لتقرير ذلك هو باستخدام الطرق التجريبية.

الطرق التجريبية

بدلاً من الانتظار أو البحث عن المواقف التي تقع بشكل طبيعي، فإن الباحث يستطيع في بعض الأحيان السيطرة أو خلق الظروف الملائمة لدراسة علاقة معينة، وباختصار فإنه يتمكن من تنفيذ تجربة ؛ وللطريقة التجريبية مزايا عديدة أكثر من الطرائق الوصفية والارتباطية فهي أولاً: تُمكن المجرِّب من تعيين الشروط الضرورية لدراسة الظاهرة التي يرغب بدراستها، ثانياً: إن المجرب يستطيع أن يغيّر في الظروف بحيث يجعل من الممكن تحديد أثر أو تأثير المستويات المختلفة للمتغير الواحد على بعض المتغيرات الأخرى، وثالثاً : فإن المجرب يستطيع أن يحدد المواضيع حسب الشروط وبشكل عشوائي وبذلك يتخلص من التأثيرات المركبة للعلاقة السابقة بين المواضيع.

وتشترك التجارب جميعها في خصائص عدة، إذ يبدأ المجرب بفرضية محددة تربط متغيراً واحداً بمتغير آخر، ولنتذكر ثانية العلاقة الموصوفة سابقاً بين الانحطاط البدني واليأس، وعلى أساس الارتباط والملاحظ بين هذه المتغيرات فإن المجرب ربما يقرر اختبار الفرضية التي ترى بأن اليأس المتزايد يسبب انحطاطاً بدنياً أسرع، ولأسباب أخلاقية واضحة فإن المجرب بإمكانه اختبار الفرضية والتي تزيد من الأمل فقط وتقلل من اليأس مسببة الانحطاط البدني، وإن المتغير الذي يمكن التحكم به يصبح متغيراً مستقبلاً ؛ وفي مثالنا هذا فإن هذا هو مستوى الأمل، ولتقييم أثر مستوى الأمل على

بعض النتائج القابلة للتغير يجب أن يكون لدينا مستويان من الأمل على أقل تقدير فعلى سبيل المثال قد يكون لدينا حالة واحدة يعطى المفحوصون فيها معلومات تجعلهم أكثر أملاً، وحالة أخرى لا تعطى فيها هذه المعلومات.

إن النتيجة أو المتغير التابع هو نسبة الانحطاط البدني حيث أن بإمكاننا الآن عند تحديد المتغيرات المستقلة والتابعة أن نبحث عن عدد مناسب من ا لأفراد وتعيين المواضيع حسب الظروف، ونقيس معدل الانحطاط البدني مفترضين أن كل شكل منفذ بصورة جيدة، وأن أولئك الأفراد الذين جُعلوا أكثر أملا قد عاشوا لفترة أطول وأن باستطاعتنا الآن أن نستنتج بأن مستوى الأمل مرتبط سببياً بالانحطاط البدني وأن جعل الأفراد أكثر أملاً يمنحهم فترة أطول من العيش. وبشكل عام فإن البحث التجريبي هو أكثر صعوبة وكلفة في التنفيذ من أنواع البحث الأخرى وأنه يحتاج إلى مجال واسع لمناقشة المشاكل المتعددة بشكل تفصيلي لكثرة المواضيع الشبيهة بالمدخل التجريبي ولكن هناك مسألة واحدة تستحق منا الإنتباه في هذه المناقشة الموجزة تلك هي مسألة المبادئ الخلقية والقيمية حيث أن القضايا الأخلاقية ربما تكون أكثر بروزاً في سياق البحث التجريبي وأن هذه القضايا يجب أن تؤخذ بنظر الاعتبار في جميع أنواع البحث.

"تقـــــدم البحـــــث والأخـــــلاق"

تمـت الإشـارة سـابقاً إلى أن البحـث في الجوانـب النفـسية للمـوت والاحتـضار والثكل قد ازداد ونما في العقدين الأخيرين وإن معظم هـذه البحـوث كـان وصـفياً أو ارتباطياً وذكرنا أن في المراحل الأولى من جمع المعرفة ضمن مجال ما، تكون الطرق غـير التجريبية هي المرغوبة والمفضلة إلى حد بعيـد، وفي ظـل بعـض الظـروف تكـون هـذه الطرق هي الوحيدة التي يمكن استخدامها، ولكن عندما تثار مـسائل أو قـضايا الـسببية فإن الطرائق التجريبية في بعض الحالات الارتباطية المعقدة تصبح ضرورية.

وبما أن البحث يتقدم ضمن نطـاق الوصـفية والى الارتباطيـة ومـن ثـم أخـيراً إلى المرحلة التجريبية فإن المسائل الخُلقيـة المهمـة تظهـر عنـد القيـام بـإجراء بحـث في هـذا النطاق ففي أغلب الأحوال تتعلـق المـسائل الأخلاقيـة بموافقـة الأفـراد واسـتجوابهم وتقييم نسبة الفائدة المحفوفة بالمخاطرة، وهذه القضايا يمكن إجمالها في (الشكل1) الـذي يوضح أنواع طرائق البحث والقضايا الأخلاقية ذات العلاقة.

نوع الدراسة	نوع الموافقة	نوع الاستجواب			تحليل الكلفة/ الفائدة		
		لاشيء	مضلل/ محابي	كامل	الفوائد الشخصية المباشرة	مخاطرة شخصية مباشرة	الفوائد الاجتماعية
ملاحظية	لاشيء						
	مضلل/ محابي				منخفض	منخفض	منخفض
	كامل						
ارتباطية	لاشيء						
	مضلل/ محابي				معتدل	معتدل	معتدل
	كامل						

نوع الدراسة	نوع الموافقة	نوع الاستجواب			تحليل الكلفة/ الفائدة		
تجريبية	لاشيء				عالي	عالي	عالي
	مضلل/ محابي						
	كامل						

الموافـــــــــقة

هناك ثلاثة أنواع من الموافقة الممكنة، فمن المحتمل أن يقرر الباحـث أن لا يحـصل على الموافقة، وهذا من السهل تحقيقه عند تنفيـذ الدراسـات الملاحظيـة حيـث يراقـب الباحـث الأفـراد بـشكل لايـسمح لهـم برؤيتـه، ويـستطيع أيـضاً أن يجمـع البيانـات الملاحظية من خلال تقـديم بعـض الخـدمات، فقـد يقـوم الطبيـب علـى سـبيل المثـال بتدوين ملاحظاته عن المريض المصاب بمرض عضال حين يعالجه، ولكن من الواجـب، وفي معظم الحالات أن لا يعلم الفرد بأنه عرضـه للمراقبـة لأن إخبـاره أو استحـصال موافقته قد يغير من سلوكه تماماً ويجعل فاعلية هذه الملاحظة مشكوك فيها.

إن القضايا الأخلاقية المرتبطة بهذا الموضـوع بـسيطة ولكـن مـن الممكـن ان تـثير جدلاً عند مراقبة شخص بـدون إعلامـه، ويعـد ذلـك تجـاوزاً وتـدخلاً بخـصوصياته، وعلى أية حال فمن الـصعب دعـم هـذه الحجـة دون حـصر لمظـاهر عديـدة لـسلوك الإنسان بشكل عام.

إن استحصال الموافقة من المشاركين في البحث هي قضية أكثـر جديـة عنـد تنفيـذ الدراسات التجريبية والارتباطية، وقد يبدو منطقيـاً تنفيـذ الدراسـات الارتباطيـة دون الحصول على الموافقة، فالأبحاث المعتمدة على البيانات الأرشيفية هي خير مثال (مثـل المعلومات المستقاة من السجلات العامة كشهادات الوفاة)

استخدم فيليبس وفيلدمان 1993 البيانات الأرشيفية لاختبار العلاقـة بـين تـاريخ الوفاة وتاريخ الولادة، فقد حصلا على هـذه البيانـات مـن ملاحظـة (400) شـخص امريكي (من ملحق السيرة الذاتية لموسوعة التاريخ الامريكي 1965) وكـشف تحليـل البيانات عن انخفاض واضح بنسب الوفيات قبل أعيـاد مـيلاد هـؤلاء الأفـراد، أي أن

الأشخاص الذين ماتوا قبل أعياد ميلادهم كانوا أقل من المتوقع فاستنتج الباحثان أن بإمكان الأشخاص تأجيل وفاتهم إلى ما بعد أعياد ميلادهم، وجدير بالتنويه هنا فإن من وجهة النظر الأخلاقية يتعذر على فيلبيس وفيلدمان أن يحصلا على موافقة أي شخص لاختبار العلاقة بين تاريخ الولادة والوفاة لذلك فإن البيانات تعد جزءاً من ملكية عامة وهي متوفرة لأي شخص.

هناك جزء كبير من العلاقة الارتباطية مبني على المقابلة أو البيانات التي نحصل عليها من الاستبيان الموجه للأفراد مباشرة، لذلك فلا بد للباحث وتحت هذه الظروف أن يحصل إما على موافقة مضللة/ محابية، أو موافقة تامة من الشخص، فالموافقة المضللة تحدث عندما يخدع الباحث الشخص المفحوص عن النية من الاستبيان أو المقابلة، وهناك إمكانية أخرى وهي أن يقوم الباحث بإعلام المفحوص عن الهدف من مشروع البحث، وبهذا فمن الممكن أن يوافق على المشاركة ولكنه لايكون مدركاً بصورة تامة لماذا يقوم الباحث بجمع أنواع معينة من هذه البيانات، أو ما هي فرضيات الباحث الحقيقة، وقد يكون من الضروري أن يعطي الباحث للمفحوص معلومات مضللة عن الموضوع ليحصل على موافقته في الحالات التي تجعل ادراك الفرضية الحقيقية ذات تأثير على استجابة الشخص لهذا الموضوع.

وغالباً ما تحدث هذه المشكلة في الدراسات التجريبية، فعلى سبيل المثال قد يهتم الباحث بتأثيرات قلق الموت (DA) على مجموعة تتعامل مع موضوع الموت والاحتضار فلاختبار هذه الفرضية قد يستخدم الباحث مقياس قلق الموت قبل وبعد المقرر الدراسي لمجموعة من الطلبة التي تأخذه هذا المقرر ولمجموعة أخرى لم تشارك به وقد تكون الفرضية بأن الطلبة الذين شاركوا في المقرر سيظهرون انخفاضاً في مستوى قلق الموت في الاختبارين القبلي والبعدي مقارنة بالذين لم يشاركوا في المقرر، ومن

الواضح أن مصداقية مثل هذه النتيجة قد تكون مثيرة للتساؤل لو أن المجرب وضح النيّة الكاملة لبحثه، فالمفحوصين قد يبدون استعداداً للمساعدة، وكنتيجة لذلك فلربما يغيرون إجاباتهم ليؤكدوا فرضية الباحث، ويمكن تلافي هذه المشكلة بزيادة فقرات مقياس قلق الموت (DA) واختلاق قصة حول البحث بحيث لا تثير حساسية المفحوصين للهدف الحقيقي من التجربة.

والبحث التجريبي نادراً ما ينجز بدون صيغة ما من الموافقة من قبل المفحوصين، والاستثناء الوحيد الذي يخطر ببالنا هو حصول التجربة بشكل طبيعي، فيعالجه معالجة بارعة، فقد يفترض الباحث على سبيل المثال أن يكون للمريض تطلع ايجابي يجعله أكثر تفاؤلاً وبالتالي يعيش لفترة أطول، وقد تكون المؤسسة الاجتماعية بإجراءاتها المتطورة هي الحدث الايجابي المؤدي لمعالجة بارعة، بينما يكون من غير الممكن اصلاح المؤسسة الاجتماعية لأغراض التجربة، فمثل هذه الأحداث تحصل بشكل طبيعي وعندها فمن الممكن استخدامها كمعالجات عندما تحدث وذلك بمقارنة طول الفترة التي يبقى فيها الأشخاص على قيد الحياة مع الذين يدخلون المؤسسة الاجتماعية قبل أشهر عدة من التجديد (الذين لديهم فرصة ليتطلعوا إلى بيئة جديدة) إلى الأشخاص الذين دخلوا المؤسسة الاجتماعية بعد انتهاء التجديد فإننا نستطيع تحديد تأثير الأحداث المستقبلية الايجابية.

وبشكل أوضح فإن مثل هذه الدراسات لا تسمح بنوع من السيطرة المطلوبة للتجارب الحقيقية فغالباً ما يتعين علينا أن نضع افتراضات (أو نتحقق منها) للبيانات لكي تكون ذات فائدة وإلا فإن على الباحث أن يبقي عينيه مفتوحتين متحيناً فرصة تنفيذ مثل هذه الدراسات ويلغي الكثير من ا لقضايا الأخلاقية الموجودة أصلاً في التصاميم التجريبية مع هذا النوع من البحث.

الاستجـــواب

بعد جمع البيانات يقضي الباحث بعض الوقت مع المفحوص موضحاً لـه الطبيعـة الحقيقية لمشروع البحث، ومبررات ومظاهر الدراسة المختلفة مثل : لماذا تُسأل بعـض الأسئلة ؟ لماذا يقوم الباحث بتضليلهم اذا ما استخدموا التـضليل؟ وهكـذا... وهـذه العملية تدعى بالاستجواب، فهناك ثلاثة أنواع ممكنة مـن الاستجواب هـي:لاشـيء، مضلل/ محابي والاستجواب الكامل.

وباختصار فإن في الاستجواب الكامل يقوم الباحث بإخبـار المشارك في الدراسـة بكل شيء عنها، وعندما يعطي الباحث معلومات مضللة أو محابيـة عـن الدراسـة فـإن سيتلقى استجابة مضللة ومحابيـة أيـضاً، وفي النهايـة قـد لايقـوم الباحـث باسـتجواب المفحوص على الاطلاق.

كيف إذاً تطبق الستراتيجيات الاستجوابية الثلاثة على منهجية البحث؟

في كل الأحوال فإن المفحوص يجب أن تؤخذ موافقتـه لجمـع البيانـات، ويـصبح الاستجواب غير ضروري عنـدما تكـون موافقـة المفحـوص مبنيـة علـى معرفـة تامـة بالدراسة، فتحتَ هذه الظروف ليس هناك من داع لاستجوابه لأنـه يعلـم مـسبقاً كـل شيء تنبغي معرفته، وتصبح المسألة أكثر تعقيداً في الدراسـة عنـدما لا يطلـب الباحـث موافقة المفحوصين أو أنهم يوافقون تحت زعم مضلل. وفي بعـض الحـالات فـإن مـن غير المعقول البتة أن نستجوب شخصاً لم نطلب موافقته للمـشاركة في الدراسـة، ففـي معظم الدراسات الملاحظية والارتباطية والتجريبيـة الـتي لا يـدرك المشارك فيهـا بأنـه مراقب قد يسيئه الاستجواب وقد يربكه أو يزعجه.

وفي الدراسة شبه التجريبية الموصوفة سابقاً حيث تم تقييم تأثير التطلع نحو شيء ايجابي، فإن الاستجواب قد يكون غير مناسب تماماً وقد يسيء المريض فهم دوافع الباحث عندما يخبره بأنه مهتم بدراسة طول الفترة الزمنية التي سيبقى فيها على قيد الحياة، وقد تسبب له هذه المسألة مزيداً من القلق.

وتزودنا الدراسات الارتباطية التي قام بها كل من (ليشان وآيزنبرك 1993) بمثال آخر للدراسة التي يكون فيها الاستجواب غير ملائم فقد راقب ليشان الممرضات اللاتي يعتنين بمرضى حالتهم الصحية متباينة وباستخدام ساعة توقيت سجل طول الوقت الذي تستغرقه الممرضة للإجابة على المريض المصاب بمرض عضال والمريض العادي فوجد بأن الممرضة تستغرق وقتاً أطول للإجابة على المريض المصاب بمرض عضال مما تستغرقه للإجابة على المريض العادي.

في مثل هذه الدراسة فإن الحصول على الموافقة المسبقة قد يؤثر على سلوك الممرضات وربما ينزعجن إذا تم استجوابهن بعد ذلك، ويمكن تلافي هذه المعضلة بعدم تنفيذ مثل هذا النوع من البحث وإن كان ذلك يعد تعويقاً صارماً لما سندرسه.

إن الدراسات الملاحظية والارتباطية المبنية على البيانات الأرشيفية حالت دون إمكانية الاستجواب كما حالت دون الحاجة إلى الموافقة، تماماً مثلما وقع لفيليبس الذي لم يتمكن من الحصول على موافقة مفحوصيه في دراسة تاريخ الوفاة والولادة ولهذا لم يتمكن من استجوابهم.

لقد أصبحت مشاكل الاستجواب أكثر جدية في الدراسات التي يوافق فيها الأشخاص على المشاركة في حين يعطون معلومات مضللة أو محابية لذا فإن الباحث ملزم أخلاقياً بأن يوضح السبب الحقيقي لتنفيذ مثل هذه الدراسة لأن الشخص قد

ينزعج عندما يكتشف بأن الباحث قد خدعه أو تصرف معه بطريقة غير لائقة وسلبية.

ويمكن تجنب هذه المشاكل لو عملنا بحذر وعناية شديدة في تخطيط وتنفيذ الاستجواب، فالشائع أن الاستجواب الناجح هو الذي يجب أن يحقق ثلاثة أشياء، **الأول** : يجب أن يقلل أي قلق تحدثه المشاركة في الدراسة حيث يجب أن يكون مستوى قلق المشارك أقل بعد اكمال التجربة عنه قبلها. **والثاني** : يجب أن لا ينخفض مستوى تقدير الذات والشعور بالراحة كنتيجة للمشاركة بالدراسة. أما **الثالث** : فإن الاستجواب يجب أن يتضمن معلومات عن أسباب وأهمية الدراسة المعنية، فضلاً عن طبيعة البحث العلمي بصورة عامة، ولا نحتاج للقول بأن انجاز هذه الأهداف يتطلب بصيرة وحساسية فالبحث الذي يتطلب الخداع يجب أن نستخدمه كآخر محاولة، وحين يكون مثل هذا البحث ضرورياً فيجب أن ينفذه باحثون ذوي خبرة ومهارة عالية.

تحليل الفائدة ـ المجازفة

إن السؤال الذي سيثار في هذا الفصل والفصول اللاحقة هو (هل يتعين علينا أن ننفذ نوعاً من البحث يمكن أن يكون مؤذياً ؟) بافتراض أن مشروع البحث هو مهمة عملية، ونستطيع أن نجد إجابة جزئية على هذا السؤال من خلال تحليل الفائدة – المجازفة وذلك بتثبيت المخاطر المحتملة للدراسة (المؤذية للفرد) مقابل الفوائد المحتملة وتحديد أيهما أعلى، وبما أن هذه هي أحكام موضوعية وأصيلة عليه فقد أُنشأت لجان في الجامعات والوكالات الحكومية للمساعدة في اتخاذ القرارات بهذا الشأن.

ويعرف الباحثون جيداً أن هناك نوعين من الفائدة ونوعاً واحداً من المجازفة، ويمكن أن تزود المشارك بفوائد شخصية مباشرة أيضاً، وتمد المجتمع بمعرفة قد تكون ذات

فائدة عامة، وفيما يرتبط بالمجازفة فإن احتمالية أن يصاب المشارك في الدراسة بأذىً نفسي وقد ينزعج أو تتهدد قيمته الذاتية بنتيجة مشاركته في الدراسة.

وفضلاً عن ذلك فإن هناك علاقة بين المجازفة - الفائدة وبين طرق البحث، وعلى الرغم من وجود استثناءات إلا أنها أظهرت بأن العلاقة بين المجازفة والفائدة كانت واطئة في البحث الملاحظي، ومتوسطة في البحث الارتباطي، أما في الأبحاث التجريبية فقد كانت عالية، وقد قمنا بهذا التعميم لسببين:

الأول : تزايد احتمالية الاتصال الشخصي على قاعدة من واحد للآخر كلما انتقلنا من الدراسات الملاحظية إلى الارتباطية ثم إلى التجريبية، فالباحث غالباً ما يستطيع أن ينفذ البحث الملاحظي بدون تفاعل مع المشاركين، لذلك فإن فرص الأذى تكون أقل، كذلك فإن فرص التزود بالفوائد الشخصية المباشرة تكون هي الأخرى أقل، أما في الأبحاث التجريبية فإن من الضروري أن يتفاعل الباحث مع الشخص على قاعدة الواحد للآخر لجمع البيانات أو القيام بخداعه والتأثير عليه وهذا يكون مفيداً لأسباب عديدة، فقد ينجح الباحث بشد انتباه المشارك أو قد يشعره بأنه قد أحسن صنعاً وقدم خدمة قيّمة للعلم كما يتعزز إحساس المشارك بقيمته الذاتية إذا ما أعطيناه الفرصة للتعبيرعن آراءه، ومن جهة أخرى فإنها تكسب المشارك تبصراً بنفسه وبالعالم المحيط به.

ومن جانب آخر فإن المجازفة الشخصية المباشرة تكون أعلى عند استخدام الطريقة التجريبية كما تكون درجة تصور الذات أكثر سلبية، وقد يشعر المفحوصون بأنهم أقل كفاءة ويتصرفون بتردد واحراج، وعلى الرغم من اتخاذ التدابير لتجنب مثل هذه النتائج إلا أن مخاطر حدوثها ما تزال أعلى وبشكل واضح في الدراسات التجريبية مما في الدراسات الملاحظية أو الارتباطية.

وأخيراً فقد اقتنعنا بأن فوائد المجتمع تتنوع وتختلف باختلاف الطريقة المستخدمة فالأبحاث الارتباطية والتجريبية تمدنا نسبياً بفوائد أكثر من البحث الملاحظي وأسباب ذلك نجده في أنواع الأجوبة التي تزودنا بها ستراتيجية كل نوع من البحوث المتوفرة، فالدراسات الملاحظية هي مصدر جيد للأفكار أو الفرضيات حول العالم ومع ذلك فإن صلاحيتها غالباً ما يُشك فيها لذلك فإن المجازفة ستكون في الواقع عاملاً مؤثراً في حياة الناس، أما الأبحاث الارتباطية والى حد ما فهي أكثر فائدة وبافتراض أننا نعلم درجة العلاقة بين متغيرين أو أكثر فإننا سنكون في بعض الحالات قادرين على اتخاذ أحكام معقولة حول الاتجاه السببي، وغالباً ما تكون هذه السياسة مبنية على هذا النوع من البيانات وخصوصاً عندما يصبح من المستحيل تنفيذ البحث التجريبي في نطاق المشكلة.

وأخيراً فإن البحوث التجريبية تزودنا بأكثر البيانات فائدة لفهم ظاهرة الإنسان لأننا نستطيع عزل العوامل المسببة، ومن السهل نسبياً أن نشرح ونفسر نتائج التجارب وخصوصاً عندما تنفذ في نطاق عالم حقيقي وفي إجراءات محكمة لها تأثيرات تنبؤية على مجموعة معينة من الناس.

الاستنتاج

لقد فحصنا ثلاثة ستراتيجيات عامة للبحث ووضحنا كيف يمكن أن نطبقها لدراسة سايكولوجية الموت والاحتضار والثكل، إن معظم هذه البيانات في هذا الكتاب مبنية على تقنيات الملاحظة والعلاقات الارتباطية، وقد كانت طرق البحث هذه مفيدة اذ أنها زودتنا بالكثير من الفرضيات المثيرة ذات الصلة الوثيقة بدراسة الموت والاحتضار؛ وكما هو معلوم في معظم حقول المعرفة النامية فإن الأسئلة كثيراً

ما تفوق عدد الأجوبة، ووجود بعض هذه الأجوبة سوف يعتمد على رغبتنا بتبني طرق بحث تجريبية، ومن خلال هذا الكتاب فإننا قمنا باقتراحات لأنواع التصاميم التجريبية الضرورية للإجابة على أسئلة معينة، ويجب أن يكون القرار مبنياً على تقييم حذر للمخاطروالفوائد المتضمنة عند تنفيذ التجارب، وسوف يصل مختلف القراء إلى استنتاجات متباينة ولكن يتعين علينا أن نكون مدركين للخيارات المتوفرة لدينا.

الفصـــل الثاني

فكرة حول الموت

Thought About Death



المنظور الحَدَسي[1] An intuitive perspective

"من بين كافة الأمور التي تحرك الإنسان، هنالك أمر رئيسي ذلك هو رهبته من الموت" (بيكر1993) هذه العبارة هي مقدمة كتاب أرنست بيكر Ernest Becker المثير (إنكار الموت The Denial of Death) فلقد برهن بيكر بأن فكرة الموت والخوف منه تنتاب الإنسان على نحو موصول ومزعج فتصبح دافعاً قوياً لنشاطه، ذلك النشاط الذي يهدف بصورة كبيرة إلى تجنب حتمية الموت ومحاولة قهره بطريقة ما عن طريق إنكار كونه القدر النهائي للإنسان، وعلى الرغم من أن بيكر قد ناقش أطروحته هذه أفضل من غيره إلا أنه أول من يعترف بأن أساس ما قدمه من افكار ليس رأياً شخصياً جديداً للتدليل على أهمية الموت بالنسبة لكينونة الإنسان، فلقد كانت كيفية التعامل مع نهاية الحياة هي النقطة الرئيسية أمام الفلاسفة من أبيقور في اليونان القديمة وحتى هيدجر والوجوديين المحدثين.

وسيكون من المستحيل أن نستعرض هنا الآراء العديدة عن الموت والتي طرحت عبر تاريخ الإنسانية المدوّن، ومع ذلك فإن معظم الكتاب يتفقون على نقطة واحدة هي أن الموت أمر متناقض فهو قوّة هدّامة وخلاقة في نفس الوقت وأساس هذا التناقض هو أن البشر يخافون ويقلقون من الموت وإن هذا القلق والخوف هو الذي يوجه سلوك الكثير منهم بشكل مباشر أو غير مباشر، ومن جهة أخرى فقد تم تعريف

---

(1) الحدس Intuition: الإدراك أو الحكم المباشر الذي يتم من غير المرور بمراحل التفكير المعرفي إنما يحصل بشكل فوري وطارئ يشبه الوحي ، وهذا المصطلح برغم شيوعه إلاّ أنه مصطلح غير علمي (المترجم)

الخوف من الموت على أنه أصل العصاب Neurosis[1] والذهان[2] Psychosis وأن العديد من الأعمال الإنسانية الجيدة قد عُزيت إلى الخوف من الموت.

ورب من يسأل : هل أن الناس تخاف من الموت حقاً ؟ وإن كانوا يخافونه حقاً فما هو بالتحديد الشيء الذي يخافه الناس من الموت ؟ وربما باستثناء (كاري كلمور Gary Gilmor) القاتل الذي أُدين والذي طالب المحكمة بأنتحكم عليه بالاعدام وتنفذه فعلاً، فإنه من المعقول أن نفترض بأن أغلب الناس في المجتمع العربي يعدون الموت على أنه تجربة عادية في أفضل حالاته، بالرغم من عدم توفر البيانات التي تؤيد ذلك إلا أنه من المحتمل بأن الموت ليس موجوداً في أذهاننا طول الوقت ويبدو للكثير من الناس بأنه يلوح بعيداً في المستقبل بحيث لا يعانوا من قلق كبير في موضوع الاحتضار والموت ؛ ومن ناحية أخرى فإن الموت تجربة لا يسعى اليها إلا القليل من الناس، ونحن في الحقيقة مستعدون لإنفاق كل ما نملك من أجل تجنبه ؛ والسؤال الذي يتحتم علينا أن نجيب عليه هو "ما الذي يجعل الموت حدثاً غير مرغوب ولا مرحب به إلى هذا الحد"؟ وبسهولة يستطيع أي إنسان أن يكتب قائمة مفصلة للإجابة على هذا السؤال، وقد يندهش القارئ حين يجد أن هذه القائمة طويلة فعلاً.

وبإيجاز يمكن تصنيف الوجه السلبي للموت والاحتضار تحت فئتين عامتين ومتفاعلتين هما الخوف من المعاناة النفسية والجسدية، وهاتين الفئتين متفاعلتين لأن كل واحدة منهما تقوّي الأخرى، كما لاتوجد أيٌ منهما منعزلة عن الثانية.

---

(1) العصاب Neurosis: اضطراب انفعالي من أهم سماته القلق الناشئ عن الشعور بعدم الأمان بسبب الظروف البيئية الضاغطة.(المترجم)

(2) الذهان Psychosis: اضطراب عقلي يتسم باختلال الصلة بالواقع أو انقطاعها ، فالذهاني لايعرف أنه مريض لذلك فإنه يفشل في اختبارات الواقع(المترجم)

الخوف من المعاناة الجسدية

بما أن أسباب الموت تتغير في المجتمع فإن احتمالية التعرض للمتاعب البدنية هي الأخرى تتغير، ويبين لنا الفصل الثالث كيف أن عمليات الانحلال البطيئة مثل السرطان هي التي تسبب الموت اليوم أكثر مما كانت عليه قبل خمسين سنة مضت، وبرغم أننا في الغالب نستطيع أن نسيطر على الألم المصاحب للسرطان إلا أن أفضل الطرق المتوفرة لا تستخدم دائماً، وكلنا قد سمع قصصاً عن مرضى ومصابين بسرطان مميت قد قاسوا شهوراً وأحياناً سنوات من الألم الموجع قبل الوفاة ؛ وثمة اهتمام آخر مرتبط بهذا الموضوع وفيه عوامل من المعاناة النفسية والجسدية ذلك هو تدهور الجسم الذي ينتج أحياناً عن مرض هدّام كالسرطان فيتم استئصال الأثداء والأطراف وتتوالى الاوجاع وتزداد العلل التي لا تشفى، وتتوقف أجهزة الجسم عن العمل بصورة تدريجية، ومثل هذه الأحداث يمكن أن تدمر الفرد الذي كان قد عاش حياة نشيطة متدفقة، وتنتابه المخاوف النفسية المتمثلة في:

ـ الخوف من الإذلال

وهو خوف نفسي بحت يتولد عن المعاناة الجسمية، ويتمثل هذا الخوف في احساس المريض بالجُبن والتخاذل أمام المرض وأمام مواجهته للموت مما يزيد في معاناته الجسمية فتزداد آلامه، ويتعاظم شعوره بالاحباط والخذلان .

ـ انقطاع الأهداف

تثير فكرة الموت القلق لبعض الأشخاص لإحساسهم بأن الموت سوف يعيقهم عن تحقيق أهدافهم الحياتية، ذلك أن طول العمرغالباً ما يقاس بالانجازات وليس بالزمن المطلق، وينطبق هذا الكلام على الأكاديميين بشكل خاص فحين يُسأل أستاذ جامعي عن المدة التي يريد أن يعيشها فإنه قد يجيب "فترة تكفي لتأليف كتابين آخرين" ويمكن أن نجد المزيد من الأمثلة في تجاربنا الشخصية وفي بروتوكولات المقابلات التي سجلها (كوبلر- روس). أما الأشخاص المسنون والمصابون بأمراض مزمنة وشديدة فغالباً ما يتحدثون عن العيش مدة كافية ليشهدوا حدثاً معيناً مثل عيد ميلاد، أو حفل زفاف، أو ذكرى سنوية وغيرها وهكذا فقد يخاف الناس أو يقلقوا إذا ما أحسوا بأن الموت قد يحرمهم من فرصة تحقيق أهداف معينة أو حضور أحداث محددة.

ـ التأثير على الباقين على الحياة

ثمة مصدر آخر للقلق من الموت هو التأثير النفسي والاقتصادي لموت شخص ما على الأحياء المرتبطين به عاطفياً فالوالد الذي لديه عائلة تعتمد عليه في الدعم الاقتصادي والعاطفي ربما ينتابه القلق بشأن تأثير موته على عائلته ولذلك فإن بعض المرضى الذين يخافون الموت يعمدون الى شراء بوليصة التأمين على الحياة كوسيلة دفاعية يحاولون بها تبديد هذا القلق من الموت.

- **الخوف من العقاب** : إن الأشخاص المتدينين الذين لديهم إيمان قوي بالآخرة، قد يخافون فكرة إنزال العقاب بهم لذنوبهم، وبما أن مجتمعنا[1] مستمر في تزايد علمانيته فإن هذا المصدر للقلق من الموت يجب أن ينخفض.

ـ الخوف من العدم

إن الإنسان هو المخلوق الوحيد الذي يجب عليه أن يعيش مع وعيه المستمر بإمكانية وحتمية الفناء" هذا ما قاله الفيلسوف كولمان 1992 ويجب أن يعيش الإنسان مع حقيقة أن الموت سيأتيه في وقت ومكان مجهولين إلا إذا اختار الانتحار؛ وطبقاً لما يقوله المفكرون الوجوديون فإن هذا الوعي بحتمية الموت هو الذي يقودنا إلى القلق الوجودي، وهذا يعني الاهتمام العميق بمغزى الحياة ويظهر هذا الاهتمام من خلال الأسئلة التي يطرحها الفرد عما إذا كان سيعيش حياة راضية وحقيقية ؛ وإذا ما نظرنا إلى فكرة العدم بالمنظور الوجودي فسنجد أنها تثير قلقاً عاماً بحيث يؤثر على حيواتنا بأكملها.

ـ الخوف من موت الآخرين

إن كل المصادر الممكنة للخوف والقلق التي تم وصفها لحد الآن هي مبررات لتفسير لماذا نخاف موتنا ؟ ومع ذلك فقد نخاف أيضاً من موت المحيطين بنا، فقد نقلق من فكرة أنه يتوجب علينا أن نتعرض للمعاناة الجسدية والنفسية لهؤلاء المقربين الينا وفضلاً عن ذلك فقد نخاف من فقدان علاقة مهمة إلى حد أننا ننظر إلى إنسان ما كمنبع للكثير من محصلاتنا الايجابية، ولذلك فنحن نرهب موت ذلك الإنسان.

(1) ارجو الانتباه إلى أن المؤلف يتكلم عن المجتمع الأمريكي

الخـــوف والقـــلق

يستخدم الكـثير مـن النـاس مـصطلحي الخـوف والقلـق بـصورة مترادفـة،بحيث يـصعب علـيهم التفريـق بينهمـا، لكنمـا المختـصون بعلـم الـنفس والتحليـل النفـسي يستطيعون التمييز بينهما بشكل جلي وواضح فالخوف لديهم بالإمكان اختبـاره عنـدما يتعلق بالأحداث أو المواضيع البيئيـة، أمـا القلـق فهـو حالـة انفعاليـة سـلبية تفتقـر إلى موضوع محدد، وتمتاز أفكار المـوت والاحتـضار بإتـصالها بـالإدراك بخاصـيتي الخـوف والقلق معاً، فقد يخاف المرء من أشياء معينة كالألم والمعاناة النفسية المتعلقة بـه ؛ كـذلك فإن التفكير بالموت قد يثير قلقاً غير محدد وغير معـين عـن أشـياء مجهولـة ذات علاقـة بالموت، أي أننا لانعلم متى أو أين أو كيف سنموت أو فيما إذا كانت هناك حيـاة بعـد الموت، كما أن فكرة الفناء هي بالنسبة إلى بعض الناس مشوشة وغـير مفهومـة وتـدعو الى الارتباك والقلق.

وبما أن المخاوف المحددة ذات علاقة وطيـدة بالبيئـة فإنهـا تـذعن للعـلاج بـشكل أسهل من القلق، فعلى سبيل المثال يمكن إزالة مخاوف الناس من ألم الاحتضار لو أنهـم تأكدوا من توفر عقاقير علاجية نفسية تجعل نهاية لأمراضهم، وبصورة مماثلة فقـد تقـل وطأة الخوف من الموت المذل عندما يعرف المرء بأن المرضى المحتـضرين تـتم معـاملتهم باحترام وتعاطف، أما حقيقة أن هذه المخاوف مـا تـزال موجـودة فإنهـا تزودنـا بإيمـان ومصداقية للقول بأنها مشاكل موجودة في ثقافتنا، ولذا فإن أحد أهـداف هـذا الكتـاب هو تشخيص واقتراح حلول لهذه المشاكل (انظـر الفـصل الرابـع للمزيـد مـن المناقـشة المفصلة لهذه المواضيع).

إن القلق من الموت هو مشكلة أكثر قاسية ومؤلمة بلاشك، ومن الواضح فإنه مـن المستحيل أخلاقياً تحديد زمن ومكان وطريقة الموت للكثير من الناس، كما أنه من غـير

الممكن أن نبين بصورة مقنعة كيف يكون عليه الأمر عندما يكون الإنسان ميتاً على الرغم من ادعاء بعض الأشخاص بأن لديهم معرفة بذلك(انظر أر. مودي R. moody الحياة بعد الحياة Life After Life 1990) والاحتمال الأغلب هو أننا ليس بإمكاننا أبداً أن نفعل أي شيء إزاء أسباب القلق هذه.

وبينما يتصور البعض أن القلق من الموت هو عبء ثقيل إلا أنه قد يكون أيضاً نعمة كبيرة للإنسانية، فاستناداً إلى المحلل النفساني(زيلبورك 1988 Zilboorg) فإن الطاقات النفسية والسلوكية المسؤولة عن حفظ الذات ما هي إلا نتاجات للقلق من الموت، وفي أغلب الأوقات يكبت هذا القلق الذي يتعين علينا أن نستمر في كبته اذا أردنا أن نعمل بصورة سوية، ولكن هذا القلق سوف يظهر ويفرض ضغوطاته على سلوك الإنسان كما هو الماء المغلي في ابريق الشاي فعندما يصبح الضغط كبيراً جداً ويندلق الابريق بسبب الغليان فإن حالات القلق تكشف عن نفسها في سلوكيات عصابية وذهانية عديدة ومختلفة (بيكر 1993، ماير 1992) وإذا ما تبنينا وجهة النظر هذه إلى أقصاها فإن بإمكان المرء أن يقول بأن الكثير من المنجزات الفردية العظيمة للإنسانية يمكن أن تعزى إلى القلق من الموت.

لقد ناقش بيكر بحماس الكثير من المنجزات الإنسانية الرائعة التي تمثل محاولة للسيطرة على هذا القلق وقهر الموت، ومعظمنا يعرف الكثير من الأشخاص الذين كانوا مدفوعين لتجاوز موتهم الجسدي وذلك من خلال نتاجاتهم الابداعية المتميزة كالفنان الذي يأمل أن يعيش عمله إلى الأبد، أو السياسي الذي يريد أن تسجل انجازاته في كتب التاريخ، أو الأديب الذي يكتب نصاً إبداعياً مبهراً تبقى الاجيال المتتالية ولفترة طويلة تحدث عنه .

وعلى الرغم من أن فكرة قلق الموت لها جاذبية حدسية إلا أنه لايوجد إلا القليل من الأبحاث التي تدحضها أو تؤيدها، وبالفعل فمن المستحيل اختبار الكثير من هذه الخيارات باستخدام الطرق التجريبية، وربما نستطيع القول بأن بعضاً من هذه الأفكار لم يكن مقصوداً منها أن يتم اختبارها تجريبياً، ومع ذلك وفيما تزخر الأدبيات بتأملات وأفكار حول طبيعة ومعنى الموت، إلا أنه تتوفر لدينا أيضاً كميات كبيرة من الأبحاث حول القلق من الموت وستتم دراسة هذه الأدبيات فيما يأتي:

بحوث قلق الموت

لقد تمكن الباحثون والمختصون من قياس قلق الموت في مختلف المجتمعات والأماكن بمجموعة متنوعة من وسائل التقييم التي تتراوح بين التكنيكات الاسقاطية[1] مثل اختبار الرورشاخ[2] واختبار تفهم الموضوع [3]إلى قياس استجابة الجلد الجلفانية[4] وهو قياس فسيولوجي ذو علاقة بالقلق، ويهدف هذا العرض إلى تنظيم الأدبيات الخاصة بقلق الموت وتوجيهها إلى حقل الدراسة وذلك بالتقييم

---

(1) التكنيكات الاسقاطية Projective Techinques: هي وسائل وأدوات تقاس بها الشخصية قياساً كلياً حيث تستثير هذه الوسائل استجابات الفرد المفحوص من خلال ما يسقطه من حاجات ورغبات ومخاوف شعورية أو لاشعورية على المثيرات المعروضة عليه (المترجم)

(2) اختبار الرورشاخ Rorschach Test: اختبار اسقاطي يتألف من عشرة بقع حبرية، خمسة منها ملونة والأخرى بالحبر الاسود ، تقدم للمفحوص للكشف عن أبعاد شخصيته ومعرفة مدى قربها أو ابتعادها عن الواقع ، ومدى استخدامها للوسائل الدفاعية النفسية حيث تحلل الاستجابات وفقاً لتكنيك خاص يكشف عن استخدام المفحوص للشكل واللون والحركة والمضمون والألفة والأصالة وسرعة الاستجابة (المترجم)

(3) اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test(T.A.T) : اختبار اسقاطي يتألف من صور لموضوعات مختلفة تقدم للمفحوص ويطلب منه تأليف قصة عما كان قبل الصورة وماهي توقعاته لنهاية القصة ، والغاية من ذلك أن يسقط المفحوص صراعاته الداخلية اللاشعورية على هذه الموضوعات عن طريق التوحد الحاصل بينه وبين هذه الصورة (المترجم)

(4)إستجابة الجلد الجلفانية Galvanic Skin response GSR : قياس الضغوط والتوترات التي تحصل خلال فترة الانفعال ، ومعرفة التغيرات الوعائية في الشرايين والاوردة وبعض أجهزة الجسم من خلال قياس شدة التيار الكهربائي بجهاز الجلفانومتر. (المترجم)

النقدي للطرق المختلفة المستخدمة في تقييم قلق الموت والوصول إلى استنتاجات تسمح بها البيانات المتوفرة، واقتراح الاتجاه الذي يجب أن تتبعه البحوث المستقبلية، وقبل دراسة هذه الأدبيات ينبغي أن نعرف أن التمييز بين قلق الموت والخوف منه الذي وصفناه آنفاً لم يعمل به من قبل الباحثين التجريبيين، لذلك فإن المصطلحين يستخدمان بصورة متبادلة لحد الآنفي كثير من البحوث .

قضايا منهجية

لقد استخدمت التقنيات المباشرة وغير المباشرة في تقييم قلق الموت، فالتقنيات المباشرة تضمنت الاستفتاءات وقوائم الاختبار والمقاييس النسبية، فيما تضمنت التقنيات غير المباشرة الاختبارات الاسقاطية ومقياس استجابة الجلد الجلفانية وعدد مرات ردة الفعل أثناء مهمات العمل الذي له علاقة بالموت ؛ وتعد التقنيات المباشرة الأكثر استخداماً إلى حد بعيد في الوقت الحاضر، وهناك ستة أنواع من الاستبيانات المستخدمة بصورة واسعة في قلق الموت (تيمبلر 1989).

وفيما يلي نقدم مثالاً لأحد مقاييس القلق من الموت، فبعد قراءة كل عبارة يقدر المجيب فيما ذا كانت العبارة صحيحة أم خاطئة، ثم يتم تشفير هذه الإجابات وفقاً لمفتاح معين وبعدها تشتق درجة القلق من الموت.

مقياس تيمبلر لقلق الموت

المحتوى :

- **أنا أخشى كثيراً أن أموت.**
- **إن فكرة الموت قلّما تخطر ببالي.**

- لا أثور عندما يتحدث الناس عن الموت.
- أفزع من فكرة إجراء عملية جراحية.
- أنا لا أخشى الموت على الاطلاق.
- لا أخاف من الإصابة بالسرطان.
- إن فكرة ا لموت لا تزعجني البتة.
- يحزنني انقضاء الوقت بسرعة عالية.
- أخاف أن أموت ميتة مؤلمة.
- تزعجني فكرة الحياة بعد الموت كثيراً.
- يخيفني حقاً أن أصاب بنوبة قلبية.
- غالباً ما أفكر بأن الحياة قصيرة حقاً.
- ارتجف هلعاً عندما أسمع الناس يتكلمون عن حرب عالمية ثالثة.
- يرعبني حقاً رؤية جثة ميت.
- أشعر بأن المستقبل لايحمل لي شيئاً أخاف منه.

وقد أثبت مقياس الخوف من الموت FODS [1] لبويـار Boyar 1994 ومقيـاس قلق الموت DAS[2] لتيمبلـر 1989 مـصداقيتهما لأن المـصداقية هـي إجـراء لتحديـد فيما إذا كان المقياس يقيس ما قد صـمم لقياسـه، وفي هـذه الحالـة فالمقـصود هـو قلـق

---

(1) FODS= Fear of Death Survey (المترجم)

(2) DAS = Death Anxiety Survey(المترجم)

الموت، أما الكيفية التي ينبغي أن يتم بها هذا فتتباين وفقاً لنوع المقياس المستخدم، فقد حاول بويار أن يتأكد من صدق مقياسه وذلك بإخضاعه لأشخاص قبل وبعد مشاهدتهم لفيلم عن حوادث الطرق الخارجية، وكان الغرض من ذلك هو رفع مستوى قلق الموت عندهم، فوجد أن درجات الخوف من الموت قد ارتفعت بصورة واضحة أكثر عند المجموعة التجريبية مما في المجموعة الضابطة التي شاهدت فيلماً غير مؤذٍ.

أما تيمبلر فقد تحقق من صدق مقياسه على مرضى نفسيين في مستشفى الدولة للأمراض العقلية كمجموعة تجريبية، وعلى طلبة كلية اللاهوت كمجموعة ضابطة فوجد أن المرضى النفسيين الذين يعانون من قلق عال والذين تم تقييمهم بصورة حيادية من قبل الأطباء، كان قلق الموت لديهم أعلى من أفراد المجموعة الضابطة وبدرجات دالة احصائياً.

أما المقاييس الأربعة المتبقية (كوليت وليستر Collet and Lester 1989، لستر Lester1990، سارنوف وكوروين Sarnoff and Corwin1991 ، تولور Tolor1993) فلم يتم التحقق من صدقها بصورة جلية ومستقلة على الرغم من أن الارتباطات الداخلية بين هذه المقاييس كانت قوية وكافية لإعطاء كل مقياس درجة من الصدق المطلوب، وقد وجد (دورلاك Durlak 1992) أن هناك علاقات ارتباطية ايجابية تتراوح بين (41ر0-60 ر) بين خمسة من المقاييس، وقد حذف من دراسته مقياس القلق من الموت لتمبلر دون أن يوضح السبب على الرغم من أن تمبلر قد أشار إلى ارتباط ايجابي مقداره (74ر0) بين مقياسه ومقياس الخوف من الموت لبويار.

ثمة مقياسان متبقيان (دكشتاين 1992- 1994 وكريكروا بستنك وليتنر 1994) لم يتم التحقق من صدقهما ولا مقارنتهما مع المقاييس الستة المذكورة أعلاه، فمؤشر التهديد لكريكر وابستنك، ويتميز مقياس ليتنر بشيء من الغرابة والاثارة وهي أنه مبني على أساس نظري ولكن ثباته ضعيف عند إعادة الاختبار فقد بلغ (معامل الارتباط 49 .0 مع حذف واحد من أصل 13 شخص) فكما هو معروف فإن إعادة الاختبار هو لمعرفة ثبات المقياس عبر الزمن، أي أنه إذا إستجاب فرد ما على المقياس نفسه في أوقات مختلفة فإن درجاته يجب أن تكون متشابهة حتى لو مرت شهور عديدة بين المرة الأولى والمرة الثانية التي تم فيها استخدام المقياس وهذا الأمر يعتمد على افتراض أن المقياس يقيس سمات دائمية للفرد والتي يجب أن لا تتغير بصورة كبيرة عبر الزمن.

والواقع أن معضلة مقاييس قلق الموت هو في أنها تتعامل مع قلق الموت على أنه مفهوم متكامل، وهذا من المحتمل أن يكون مبيناً على افتراض خاطئ بأن قلق الموت هو نوع واحد من الخوف أو القلق باستثناء مقياس كوليت وليستر الجزء إلى أربعة مقاييس فرعية تقيس قلق الموت للإنسان نفسه وموت الآخرين واحتضار الشخص نفسه، واحتضار الآخرين. وهذه المقاييس الفرعية مرادفة تقريباً للخوف من العدم والخوف من عملية (الألم والمعاناة) وذلك بانطباقها على أنفسنا وعلى المقربين منا، وقد وجدت كوليت وليستر ارتباطات ضعيفة بين مقاييسهما الفرعية وخصوصاً بين المقياسين الذين يتناولان النفس، والمقياسين الذين يتناولان الآخرين، فذهبا إلى أن القلق من الموت هو مفهوم متعدد الأبعاد، فعلى سبيل المثال ربما يخاف الشخص من عملية احتضاره ولا يخاف من احتضار الآخرين المقربين منه.

وتظهر لنا دراسة دورلاك الارتباطية بأن المقاييس الأخرى ترتبط بعلاقة أفضل مع المقياس الفرعي للموت الذي قدمته كوليت وليستر والخاص بموت الإنسان نفسه، ومن المحتمل أن تظهر بعض التناقضات في بيانات قلق الموت عندما يبدأ الباحثون بالاهتمام أكثر بمكونات قلق الموت بدلاً من معاملته كمفهوم متكامل، وقد قمنا بمثل هذه المحاولة مرة واحدة في القسم الخاص بالفروق الجنسية حيث أن التناقضات في الأدبيات يتم حلّها عند عزل المكونات المعرفية والعاطفية الموجودة في القلق من الموت، كما أن التقييم الدقيق للقلق من الموت يتعقد أكثر بفعل النتائج التي تم التوصل اليها والتي تقول بأن تطبيق مقياس قلق الموت تؤثر على القلق المصرح به عن الموت.

وقد وجد (شولتز وادرمان ومانكو 1996) قلقاً من الموت ذو دلالة إحصائية منخفضة بين طلبة الكليات على مقياس تيمبلر وسارنوف وكوروين عندما طبقوا هذه المقاييس بشكل فردي أكثر من الجلسات الجماعية، فكان القلق من الموت المقاس عن طريق مجموعة تستخدم الاستبيان لايختلف بشكل دال عن قلق الموت المقدر بطريقة الأنابيب الكاذبة (جونزوسيجال 1991) حيث يربط جهاز زائف بالمفحوصين لمراقبة انفعالاتهم ولجعلهم صريحين وصادقين، والأساس المنطقي لطريقة الأنابيب الزائفة هذه هو أن المفحوصين لا يريدون أن يقوم الجهاز بتخمين انطباعاتهم، وعندما يطلب منهم التنبؤ بما سيقوله الجهاز بشأن انطباعاتهم فإنهم يستجيبون دونما الكثير من المتحيزات الاجتماعية التي يخفيها اختبار الورقة والقلم والمتعلقة بالأمور الحساسة، وتشير نتائج شولتز وآخرين إلى أنه قد يكون هناك عنصرين لقلق الموت احدهما عام والثاني خاص وان الاتجاهات الشخصية من المحتمل أن يُعبّر عنها عندما يكون المستجيب مجهولاً أي غير معروف من قبل الباحث.

وفضلاً عن مشاكل افتراض المفهوم المتكامل فقد نقد بعض الباحثين مقاييس قلق الموت لعدم إمكانيتها التمييز بين قلق الموت الخاص، وقلق الموت اللاشعوري، فعلى سبيل المثال يقول (فولتون 1991) بأنه حتى مع وجود أداة للقياس ذات صدق موثوق وثبات عال، فإن الباحث لا يستطيع أن يتوصل إلا إلى الآراء الشخصية الظاهرية أو السطحية، في حين قال (راينكولا 1993) بأنه لا تستطيع حتى أفضل الأدوات اتقاناً أن تقيس إلا الاتجاهات العامة فقط (المكتسبة بشكل أو بآخرمن الثقافة والدين) وتهمل كلياً تلك الاتجاهات والمشاعر الموجودة في مستوى اللاشعور، واستناداً إلى راينكولا فإنه من أجل البحث بصورة مفصلة في اللاشعور فإنه من الضروري الالتفات إلى التقنيات الاسقاطية والاستبصار الحدسي والخاصة بالمعالج النفسي والتي يصعب الحديث بشأنها باستثناء التوجه باهتمامنا إلى طبيعتها الموضوعية.

ومن الممكن قياس قلق الموت اللاشعوري بموضوعية أكبر، وذلك بمقارنة زمن ردة الفعل وزمن استدعاء ردة الفعل، واستجابة الجلد الجلفانية المتعلقة بالموت وتداعيات الكلمة المحايدة، أو من خلال استخدام اختبار تداخل الكلمة – الملونة (ستروب 1993) حيث من المفترض أن هذه التقنيات غير المباشرة تقيّم قلق الموت بمستوى أدنى من ذلك الذي يمكن الوصول إليه عن طريق الاستبيان على الرغم من أن النتائج التي يتم الحصول عليها في مثل هذه الدراسات يجب أن تفسر بعناية ودقة.

لقد افترض الباحثون بأن استجابة الجلد الجلفانية العالية أو زمن ردة الفعل البطيء أثناء مهمات تداعي الكلمة المتعلقة بالموت تشير إلى الدفاع الإدراكي[1] ومن ثم إلى قلق الموت (اليكساندر وادليدرشتاين 1995 وفيفل برانسكوب 1996) أما

---

(1) الدفاع الإدراكي Perceptual Defence : عدم القدرة على ادراك الأحداث غير السارة والتي من شأنها أن تسبب القلق (المترجم)

ليستر وليستر 1993 فقد وجدا وباستخدام تقنية غير مباشرة بأن تمييز الكلمات الغامضة بالموت كان أسرع من تمييز الكلمات الحايدة المبهمة وفسر هذا بأن التيسير الإدراكي[1] Perceptual Facilitation يصنع حساً متطوراً وديناميكياً لأن البقاء على قيد الحياة يتطلب تمييزاً سريعاً للمثيرات المهددة ؛ وبما أن أغلب باحثي قلق الموت اللاشعوري يفضلون استخدام مهمات تداعي الكلمات على مهمات تمييز الكلمات فإن الأمر الذي يركز عليه هذا البحث هو عمليات الدفاع الإدراكي وليس التيسير الإدراكي.

وهناك تقنية أخرى غير مباشرة تلك هي (تحليل محتوى الحلم)[2] فلقد وضع (هاندال وريجيلاك 1991) بضعة محكمين (متوسط الثبات المقدربينهم = 89 .0) لتصنيف الأحلام التي يدلي بها الأشخاص صباحاً إلى ايجابية أو سلبية أو حيادية وفيما إذا كانت مرتبطة أو غير مرتبطة بالموت، وقد اعتبر بأن التكرار الكثير للأحلام السلبية أو الأحلام المرتبطة بالموت دليل على قلق الموت اللاشعوري.

وتشير هذه الدراسات لو أخذناها مجتمعة إلى أن قياس قلق الموت هو بالفعل مهمة معقدة أكثر مما توقعها الباحثون الأوائل، وفي الوقت الحاضر يبدو أن قلق الموت هو ليس مفهوماً متكاملاً بل ربما يتكون من أربعة عناصر ثانوية أو أكثر، ولتعقيد الأمور بشكل أكبر يبدو بأن قلق الموت بالإمكان الوصول إليه بواحد من ثلاث مستويات : عام وخاص ولاشعوري، ويُظهر لنا الجدول التالي المستويات الثلاثة التي

---

(1) التيسيرالإدراكي Perceptual Faciletation : زيادة قوة الاستجابة لمثير مدرك عندما يقدم مثير مدرك آخر أيضاً اذ يزيد الاستجابة السابقة لكنه لايعطي استجابة مشابهة لها (المترجم)

(2) تحليل محتوى الحلم Dream Content Analysis: محاولة تفسير صور الحلم الذهنية وافكاره المختلفة ، وكشف المحتوى الباطن له والذي قد يكون ظاهراً أو مخفياً (المترجم)

تمر عبرها العناصر الثانوية الممكنة ،وبرغم أنه من غير المحتمل أن كـلاً مـن الخلايـا الـ 57 الممكنة التمييـز بينهـا بوضـوح إلا أن البـاحثين في مجـال قلـق المـوت ينبغـي أن لا يكونوا حساسين فيما يتعلق بتعقيد مهمتهم إذا ما أرادوا تجنب الارباك في المستقبل.

جدول يبين الطرق المختلفة لتقدير مخاوف معينة من الموت

نوع الخوف	مستوى التقدير		
	عام	خاص	لاشعوري
مخاوف معينة لها علاقة بموت الذات[1]			
الألم			
اختلال وظائف الجسم			
الاذلال			
النبذ			
العدم			
العقاب			
عدم تحقيق الأهداف			
التأثير السلبي على الباقين على قيد الحياة: أ- المعاناة النفسية للشخص الباقي على الحياة. ب- الصعوبات الاقتصادية			

(1) ان كل هذه المخاوف يمكن أن نعاني منها بالنيابة عندما تتعلق بموت شخص قريب بالاضافة الى أنه يمكن أن نعاني من الهجران مباشرة (المؤلف)

"الجغرافية البشرية ارتباط الشخصية بقلق الموت"

على الرغم من أن الكثير من المتغيرات مرتبطة بقلق الموت، إلا أن القليل من هذه المتغيرات تبدو متساوية بوضوح، وهذه المتغيرات سيتم بحثها فيما يأتي:

الجنس: على الرغم من أن العديد من الدراسات المبكرة لم تُشر إلى اختلافات تنظيمية مرتبطة بالجنس في قلق الموت (كرست 1991 رودك ودبنير 1991، سوينسون 1993، جيفرز ونيكولز وايسدورفر 1993) إلا أن الذي يبدو حالياً وبصورة مؤكدة بأن الإناث يخفن الموت أكثر من الذكور وفقاً للمقاييس التي تقدر ذلك ؛فضلاً عن أن مقياس قلق الموت لتيمبلر 1989 قد تم تطبيقه على عينات من سكنة الشقق والمعاونين الطبيين والمرضى النفسيين وطلبة الصف التاسع الإعدادي وطلاب المدارس العالية وذويهم (تيمبلر، رف وفرانكلز 1991، ايمارينو 1994) وفي كل الحالات فقد تفوقت الإناث على الذكور في هذا المجال حيث سجلت درجات أعلى من الذكور في الخوف وهذه النتيجة توصل إليها أيضاً عدد آخر من الباحثين.

ووجد الباحثون مؤشراً آخر وهو أن الخوف من الموت يكون كبيراً بين الذكور فقط عندما يحلل قلق الموت إلى مكوناته اعتماداً على استجاباتهم على اختبار تفهم الموضوع (T. A. T)[1] فقد أظهر الذكور خوفاً كبيراً من تأثير موت الأشخاص الذين يعتمدون عليهم (ديكوري وروثمان 1994) وخوفاً أكبر من عنف الموت (لوري 1995) واظهرت النساء خوفاً كبيراً من انحلال الجسد والألم البدني المصاحب للموت (ديكوري وروثمان 1995)

(1) اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test (T. A. T)

أما (ديكنر 1996) فقد صنف مجموعتين من الاستجابات لمفهوم الموت حيث طلب من المفحوصين أن يكملوا سلسلة من اختبارات الألفاظ ذات الدلالة التفاضلية والمؤلفة من 36 اختباراً، فوجد أن الدور التقييمي بين الذكور كان قوياً فيما كان البعد الانفعالي ضعيفاً، وفي دراسة أخرى وجد (فولتا 1998) عكس ذلك فيما يتعلق بالإناث ؛ وعلى العموم فإن هذه الدراسات ترى بأنه حينما يكون هناك محتوىً معرفياً وانفعالياً لقلق الموت، فإن الإناث يعبرن عن الموت بعاطفية أكثر من الذكور الذين يعبرون عنه تعبيراً معرفياً واضحاً.

إن التساوق مع هذه النتائج هو الإجراء التمهيدي الذي قام به (كريكر، أبستاين وليتنر1998) من خلال قائمة التهديد، وهي أداة تقيس قلق الموت وذلك بقياس البعد المعرفي الواقع بين مفهومي (الموت) و(الذات) فقد ظهر أن الذكور ينزعجون عندما تكون درجات قلق الموت لديهم أعلى من الإناث، وهذه النتيجة تتناقض تماماً مع النتيجة التي تم التوصل إليها باستخدام مقياس ليستر لقلق الموت، وبما أن مؤشر التهديد هو مقياس معرفي، ومقياس ليستر لقلق الموت هو مقياس انفعالي، لذلك فمن الممكن فهم هذه النتائج مع نتائج ديكنر وفولتا في قبول ميل قلق الموت لدى الذكور إلى المعرفي ولدي الإناث إلى الانفعالي، وهناك دعم آخر على وجود هذين المحتويين لقلق الموت ومؤشر التهديد المعرفي، كذلك ضعف العلاقة بين مقياس ليستر لقلق الموت ومقياس الخوف من الموت لبويار وهو مقياس يُفترض فيه أن يكون مقياساً ذا بعد معرفي اكبر. وأخيراً فقد وجد كريكر وآخرون أن هناك علاقة ارتباطية ايجابية

عالية بين المقياسين المعرفيين (قائمة التهديد، ومقياس الخوف من الموت لبويار) اذ بلغت قيمة p (+ 0.73، 20.01) [1].

العمر: على الرغم من أن معظم بيانات قلق الموت قد جمعت من طلبة الجامعات والمسنين، إلا أنه تتوفر بعض البيانات المتعلقة بكل فئة عمرية بدءاً بالأطفال ووصولاً إلى كبار السن، وقد حاول (هول وسكوت) تقدير قلق الموت عند الأطفال حيث سألا البالغين أن يعيدوا استذكار خبراتهم السابقة مع الموت، وباستخدام هذه التقنية (تقنية استعادة الماضي) استنتجا بأن وجهة نظر الطفل الصغير حول الموت تتسم بأشياء خاصة ومشاعر ترتبط بحادثة موت معينة.

وقام (ناكي 1996) بدراسة وفرت لنا معلومات كثيرة عن قلق الموت لدى الأطفال حيث قابل بشكل مباشر (378) طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم بين الثالثة والعاشرة، وقد أظهرت نتائجه أن هناك ثلاثة أطوار متصلة ومنفصلة نسبياً (الأول) أن الموت بالنسبة لمن يتراوح عمره بين 3-5 سنوات هو نوم أو سفر مؤقت (الثاني) أن الموت بالنسبة لمن تتراوح أعمارهم بين 5-9 سنوات هو النهاية أو الانفصال (الثالث) أن الأطفال من عمر 9 سنوات فما فوق لم يميزوا الموت على أنه نهاية وحسب بل وحتمي أيضاً ؛ وأظهرت بيانات ناكي أيضاً بأن العلاقة بين الموت والقلق تنشأ في السنوات الثلاثة الأولى من العمر عندما ينظرون إليه على أنه انفصال نهائي.

وطبقاً لما يقوله روثستين (في كاستنباوم وايزنربك 1992) فإن قلق الموت يكون منخفضاً نسبياً أثناء مرحلة المراهقة وحتى سني البلوغ المتوسطة وبالاعتماد على

---

(1) P وتعني الاحتمالية Probability : أي احتمال أن يقع الحدث بهذا الشكل ولايقع بشكل آخر (المترجم)

بيانات أخذت من مقابلات واسعة وجد بأن قلـق المـوت يـصل إلى ذروتـه في أواسـط العمر، وهذا صحيح خصوصاً فيما يتعلق بالـذكور، وربمـا لأن هـذه هـي المـرة الأولى التي يصبحون فيها مدركين للأذى والألم نتيجة للوفيات بين الأصدقاء والمعارف الـذين في مثل سنهم.

وعلـى عكـس نتـائج روثـستين فقـد وجـد (فيفـل وبرانـسكومب 1993) بـأن الأشخاص فوق سن الخمسين يميلون للإجابة بـ كـلاً علـى الـسؤال: (هـل تخـاف أن تموت؟) أكثر من الشباب ؛ ومن ناحية أخرى حملت دراسـات (تيمبلـر، رف وفرانكـز 1991) نتائج مغايرة لنتائج (روثستين، فيفل وبرانسكوب) حيـث لم يجـدوا أيـة علاقـة دالة احصائياً بين العمر ودرجات قلق الموت عند فحصهم لأكثر من ألفي شخص مـن مختلف الأعمار، ويبقى هذا التناقض في النتائج دونما حل، لا بل قد تعقّـد أكثـر عنـدما درس قلق الموت على المستوى اللاشعوري، فقد وجـد (فيفـل وبرانـسكومب 1993) بأن الأشخاص الكهول الذين سجلوا قلق مـوت دون المتوسـط يظهـرون قلـق مـوت لاشعوري عالٍ كما هو لدى الأشخاص الأصغر سناً وبصورة مماثلة أيـضاً فقـد وجـد (كـوري 1991) بـأن البـالغين الكبـار في الـسن ينزعـون إلى تجنـب اظهـار المـوت في الاختبارات الاسقاطية، وهذه البيانات يمكـن فهمهـا عنـدما نفـترض بـأن النـاس مـن المحتمل أن ينكروا مخاوفهم كلما أصبح الموت مهدداً مباشراً لهم.

الصحة البدنية: إن مؤشر العلاقة بين الصحة وقلق المـوت يتبـع نموذجـاً مـشابهاً لذلك الذي يربط قلق الموت بالعمر، وهناك مؤشـر متنـاقض في قلـق المـوت الواضـح وإمكانية الإنكار لـدى الأشـخاص الـذين يتهـددهم خطـر المـوت المحتـوم فقـد درس (لوكاس 1994) ستين حالة لأشخاص أجريت لهم عمليات جراحية وعمليات غـسل الدم، ولم تكـن درجـات مقيـاس قلـق المـوت تختلـف بدلالـة إحـصائية واضـحة عـن

الدرجات المتوسطة العادية التي سجلها (تيمبلر 1989) ومع ذلك فقد وجد تيمبلر ارتباطاً سلبياً واضحاً بين درجات مقياس قلق الموت ومقياس الصحة البدنية وبمؤشرات ذات دلالة إحصائية فاستنتج أنه كلما كان قلق الموت عالياً لدى الفرد كلما كانت حالته الصحية البدنية متدنية.

أما (سوينسون 1993) فقد وجد بأن الأشخاص العليلين يتطلعون إلى وضع حد لحياتهم وبذلك فهم يخافون الموت بمقدار أقل من الأشخاص الأصحاء فقد توصلت نتائجه إلى أن الأفراد ذوي الصحة العليلة يميلون ويتطلعون نحو الموت أكثر مما يخافونه، وهذه النتيجة تدعم هذا الرأي على الرغم من أن عينة سوينسون اقتصرت على المسنين، ووجد (فيفل وزملاؤه 1945، فريليج وهيرمان 1993) أن المرضى المصابين بمرض عضال لا يخافون الموت أكثر من الآخرين إلا أنهم يُظهرون قلق موت أعلى على مستوى اللاشعور.

أما (كوبلرورس 1997) فقد سجلت بعض الانطباعات المبنية على مقابلات أجرتها مع مائتي مريض مصابون بمرض عضال فوجدت بأنهم وبرغم صدمتهم الكبيرة عندما أخبروا لأول مرة عن قرب نهايتهم إلا أن أكثرهم تقبلوا موتهم الوشيك كأمر محتوم ؛ واستنتج (شولز وأدرمان 1998) بان الاستجابة المسيطرة على معظم المرضى المصابين بأمراض مستعصية قبل الوفاة بفترة قصيرة هي الاكتئاب أكثر مما تكون قلقاً.

التديّن: على الرغم من أن دراسة (ليستر 1991) كانت مشوشة إلى حد بعيد في وصف تأثير المعتقد الديني على قلق الموت إلا أن النتائج الحديثة كانت واضحة وجلية بشكل ينعش الذاكرة، ويمكن أن نعزي النتائج المتباينة في الدراسات السابقة (مثل فاونس وفلتون 1988، كالش 1993) إلى اختلاف تصوراتهم للمفاهيم الدينية،

ويبدوأن المظاهر الخارجية للتدين (تواتر الحضور إلى الكنيسة) يؤدي إلى علاقة ايجابية بين التدين وقلق الموت، ولكن التدين المقاس وفقاً للقيم، وقد يتسبب في علاقة عكسية، فقد أظهرت الدراسات الحديثة بأن درجة التدين (المقاسة بمعتقدات تقييم الذات والتردد على الكنيسة) لاترتبط بقلق الموت لعامة الناس(فيفل 1994، كاليش 1993، تمبلر 1989) ولكنها ترتبط سلبياً عندما يكون الأشخاص ملتزمين ؛ ففيما يتعلق بعينات (تيمبلر 1989 وشيرر 1993) فقد تألفت من عدد من القسس ولذلك فقد كان التدين مرتبطاً بمستويات واطئة لقلق الموت.

لقد أُفترض بأن الإيمان بالحياة بعد الموت هو متغير دخيل من شأنه أن يقلل من قلق الموت لدى الأشخاص ذوي الالتزام الديني العالي، فقد وجد (جيفرز وآخرون 1997) بأن الأشخاص ذوي الالتزام الديني القوي هم أكثر اعتقاداً بالحياة بعد الموت واظهروا خوفاً أقل من الموت مقارنة بالأشخاص الاقل التزاماً

ومع ذلك فقد وجد (اوسارجك وتاتز 1993) بأن الأشخاص الذين يسجلون درجات عالية على مقياس الإيمان بالحياة بعد الموت أصبح لديهم إيمان اكبر بالحياة بعد الموت حتى لو زال خطر تهديد الموت ؛ وعلى العموم فإن العلاقة بين الإيمان بالحياة بعد الموت والتدين قد أصبحت واضحة بشكل جلي وقد إستخلص كل من (اوسارجك وتاتز وكالش وراف) بأن النشطاء دينياً من البروتستانت والكاثوليك لديهم إيمان أكبر في الحياة بعد الموت مقارنة بأمثالهم من غير النشطاء دينياً لأي معتقد، أما العلاقة الأخرى بين الإيمان بالحياة بعد الموت وقلق الموت كمتغير مستقل، ودرجة التدين فهي بحاجة إلى المزيد من الدراسة.

الاضطرابات الانفعالية [1]:

كانت بحوث قلق الموت الخاصة بالمرضى النفسيين متضاربة وغير منسجمة، فقد وجد (برودمان، ايدرمان وولف 1999 وتيمبلر 1989) أن المرض النفسي يرتبط بصورة ايجابية بقلق الموت العالي، وبشكل مماثل أيضاً، فقد سجل كل من (تيمبلر وراف) بوسائل قياس قلق الموت وجود قلق فوق المتوسط لعينات من المرضى النفسيين كذلك فإن فيفل وهيرمان قد أشرا أيضاً نتائج متضاربة حيث أنهما لم يجدا أية فروق دالة بين قلق الموت ذات المديات الواسعة بل وجدوا أن درجة المرضى العقليين لاترتبط بقلق الموت.

وبالعمل مع عينات اعتيادية من عامة الناس سجل (تيمبلر 1989،1994) ارتباطاً ايجابياً ضئيلاً بين مقياس قلق الموت لتيمبلر، ومقياس العصاب في اختبار أيزنك للشخصية، ومقياس القلق الويلزي على التوالي، أما المقاييس الأخرى للقلق العام فترتبط بصورة مماثلة مع مقياس قلق الموت(تيمبلر 1994، لوكاس 1996) وكذلك الحال مع اختبار مينسوتا للشخصية المتعددة الأوجه [2]، وباستخدام المقاييس

(1) الاضطرابات الانفعالية Emotional Disorders : سلوك استجابي شاذ يظهر بصور مختلفة لاتدل على استقرار انفعالي أو توازن في الشخصية فالمضطرب انفعالياً قد يستجيب استجابة غير متوقعة أو أنه يستمر في استجابة معينة لفترة أطول من المعتاد ، أو قد تكون الاستجابة ضعيفة جداً أو شديدة جداً أو تظهر بشكل مفاجئ لاينسجم وطبيعة الموقف (المترجم)

(2) اختبار مينسوتا للشخصية المتعددة الأوجه : Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI): هذا الاختبار على شكل استبيان مؤلف من (550) عبارة صيغت بحيث تعبر عن بعض الاضطرابات النفسية حيث تطابق استجابة المفحوص مع هذه الفقرات

الاسقاطية وجد (روديك ودبنر 1993) ارتباطات ايجابية دالة بين الموت ومقياس العصاب في اختبار مينسوتا للشخصية متعددة الأوجه، وبشكل عام فإن هذه النتائج تشير إلى أن قلق الموت يشترك ببعض السمات مع أكثر أشكال القلق والعصاب والاكتئاب؛ ومع أنه من المهم أن لا نهمل موضوع قلق الموت إلا أنه من المهم أيضاً أن نلاحظ بأن (تيمبلر 1989) قد قدم بيانات أوضح فيها بأن قلق الموت هو مفهوم مشتق من القلق العام وأن الارتباطات الداخلية بين مختلف مقاييس قلق الموت منسجمة وذات دلالة إحصائية عالية إذا ما قورنت بارتباطاتها مع القلق العام.

من المتوقع بأن الأفراد الذين يحاولون الانتحار لا يخافون الموت بالقدر الموجود لدى عامة الناس، وهذا ما وجده ليستر أيضاً عندما طبق مقياسه ومقياس الخوف من الموت لبويار على الأشخاص الذين يهددون أويحاولون الانتحار، وقارن درجاتهم مع درجات الأشخاص الذين لم يفكروا بالانتحار؛ وبشكل مماثل وجد كل من (تارتر وتيمبلر وبيرلي 1994) بأن هناك ارتباطاً دالاً بين مقياس قلق الموت وإمكانية الإنقاذ التي تعقب فعل ارتكاب الانتحار، والتفسير الوحيد الممكن لهذه النتائج هو أن الذين يخافون الموت بمقدار أقل هم أكثر جدية في التعريف برغباتهم الانتحارية، أما المؤشر الوحيد المناقض لهذه النتائج فيأتي من دراسة غير منشورة أجراها ليستر وأشار إليها في بحثه عام 1997 بعنوان (الخوف من الموت لدى الأشخاص المنتحرين) إذ وجد بأن المُهَدِّدين بالانتحار يخافون من الموت أكثر من الذين يفكرون به، كما أنهم يخافون الموت أكثر من الذين لم يفكروا بالانتحار مطلقاً، وقد اعترف ليستر بان هذا المؤشر

=

لمعرفة ميله نحو بعض الأمراض كالهيستيريا والفصام وتوهم المرض والبارانويا والارهاق العصبي (المترجم)

ضعيف لأن العينات المدروسة كانت صغيرة، أما الاستنتاج الأفضل فهو أن الأشخاص الذين ارتكبوا فعل الانتحار لديهم قلق موت أقل مقارنة بالأفراد الذين لم يفكروا بالانتحار.

الحاجة إلى الانجاز[1] والشعور بالكفاءة[2] والهدف: لقد ولدت ثلاثة فرضيات على الأقل تربط الحاجة بالانجاز والإحساس بالكفاءة والإحساس بالهدف في الحياة وبقلق الموت.

1. إن الأشخاص الذين لديهم دافعية عالية للانجاز يخافون الموت أكثر من غيرهم لأنه سينهي فرصتهم للقيام بانجازات إضافية (ديكوري وروثمان 1991).
2. إن الأشخاص الذين لديهم إحساس عالٍ بالكفاءة يخافون الموت بشكل أقل لأنهم راضين بحياتهم.
3. إن الأشخاص الذين لديهم خوف قليل من الموت يكون هدفهم في الحياة كبيراً لأن أية خطورة حاسمة نحو تطوير هذا الهدف تعني مواجهة الموت بدون خوف.

(1) الحاجة الى الانجاز Need for Achievement : هي إحدى الحاجات النفسية التي تدفع الفرد وتحفزه للنجاح والابداع والوصول إلى الهدف الذي يرغب فيه متغلباً على كل العوائق التي تمنعه من الوصول إلى مبتغاه (المترجم)

(2) الشعور بالكفاءة Sense of Competence : شعور الفرد بجدارته واهليته وقدرته على القيام بمهامه اليومية بثقة وحيوية وامتلاء وهذا الشعور ضروري في البناء الدينامي الايجابي للشخصية (المترجم)

وفي دراستين لـ (نوكاس، شويتزر وكروميت 1999، راى وناجام 2000) للتحقق من الفرضية الأولى لم تظهر علاقة بين الحاجة للانجاز وقلق الموت رغم أن راي وناجام قد أشارا إلى أن عينات البحث المستخدمة كانت من الطلبة غير المتخرجين وكانت نسبة الانجاز لديهم عالية، أما الفرضية الثانية فقد أظهرت دلالة جزئية لدى (نوكاس وآخرون 1999) فقد وجدوا ارتباطاً سلبياً واضحاً بين قلق الموت والإحساس بالكفاءة، كما أن البيانات أشارت إلى أن الإحساس بالكفاءة يتضمن القدرة على مواجهة الموت ؛ أما الفرضية الثالثة فقد أظهرت ارتباطاً سلبياً عالياً بشكل مقنع، وتراوح مدى الارتباط من (-54 .0 - -83 .0) بين قلق الموت الظاهر وبين اختبار الهدف من الحياة (لكرومباو وماهوليك 1998) وقد تجاهلا حقيقة أن الارتباطات لا تخبرنا بالكثير عن السببية أو اتجاهاتها ؛ أما (بلازر ودورلاك 1997) فقد أشارا إلى أن الأطفال الذين تعلموا أن يتقبلوا الموت عندما سيصبحون بالغين يكون للحياة لديهم معنى أكبر.

الأسلوب المعرفي :

تشير الدراسة المثيرة لـ (ميشارا وبيكر وكوستين 2001) إلى أن طلبة الكليات المختلفين في أساليبهم المعرفية يمتلكون مواقف مختلفة أيضاً تجاه الموت، وقد حُدِّد الأسلوب المعرفي من خلال فهم الاستجابة الحسحركية[1] اللاحقة التي تصنف الأشخاص المزايدين عندما يغالوا في تقديرهم لعرض قطعة خشبية موضوعة بين أصابعهم بعد أن يكونوا قد حملوا قطعة أعرض (مثير دخيل)، فالأشخاص الذين

(1) الاستجابة الحسحركية Kinesthetic Response : وهي استجابة تحصل داخل عضلات الجسم والاوتار العصبية على شكل هزة أو رعشة تنقل الفرد من حالة السكون إلى حالة التيقظ والانتباه (المترجم)

يقللون من تقديرهم لعرض القطعة الخشبية بعد ادخال المثير الدخيل يوصفون بالمقللين، أما المزايدون فيميلون إلى تعظيم قوة المثير ويظهرون على أنهم أكثر ارتياحاً بدون المثير، وأقل راحة مع وجوده المنفر، وعندما يطلب منهم أن يتخيلوا آخر سنة من حياتهم فإن المزايدين يتجنبون ذكر الموت(ربما لأنه مثير مكروه) بشكل يفوق المقللين منهم. وبرغم استخدام مقياس قلق الموت في هذه الدراسة إلا أن هذه البيانات تثبت بأن المزايدين لديهم قلق موت أكثر من المقللين.

إن هذه المحاولة لربط قلق الموت بالوظيفة المعرفية تعد تغييراً جديداً للتخلص من النمط العادي في ربط القلق من الموت بمقاييس استطلاعية أخرى.

متغيرات أخرى:

لقد تم بحث عدد من المتغيرات الأخرى ذات علاقة ممكنة بقلق الموت، ولكن لم تتحقق ارتباطات دالة لهذه المتغيرات وهي : المقاييس الاسقاطية للخوف من الفشل (كوهين وباركر 1999) ومقياس الاتكالية (سيلفي 2001) ذنب الحقد (سيلفي 2000) العرقRace (باندي 2001)، باندي وتيمبلر 1999) ومقياس الانبساط لأيزنك (تيمبلر 1999) ومن أصل أربعة دراسات فقد وجد أن ثلاثة منها لاترتبط بقلق الموت لمقياس روتر موقع الضبط Locus of Control (سيلفي 2001 وديكشتاين 2000 وليبرمان2001)، عدا (تولور وريزنكوف 2000) فقد وجدا علاقة دالة بين مقياس روتر لموقع الضبط وقلق الموت فالأشخاص الانبساطيين المتكيفين لديهم قلق موت أعلى من الأشخاص الانطوائيين.

"إنكـــــار قلـق المـوت"

كانت فكرة وجـود قلـق المـوت في كـل مـن مـستويي الـشعور واللاشـعور هـي موضوع هذا الفصل، وعلى الرغم من أن الباحثين يجدون أحيانـاً تناسـقاً بـين التقريـر الذاتي وقلق الموت اللاشعوري إلا أن التعارض غالباً ما يكـون بينهمـا أكثـر، وعنـدما يحدث مثل هذا التعارض فإن الباحثين كثيراً ما يستشهدون بمفهـومي الكبـت أو إنكـار قلق الموت لتفسير هذه النتائج، وسوف نناقش هذا الأمر فيما يأتي:

وجد (هاندال ورايجلاك 2001) نسبة كبيرة من الأحلام الـسلبية المتعلقـة بـالموت بين الأشخاص الذين سجلوا درجـات عاليـة أو منخفـضة في مقـاييس تقريـر الـذات لقلق الموت من تلك الموجودة بين الذين سجلوا درجـات معتدلـة، وقـد اسـتنتجا بـأن الكثير من هؤلاء الذين لديهم قلق مـوت مـنخفض ينكـرون مخـاوفهم العميقـة ؛ كمـا استنتج (فيفل وزملاؤه برانسكومب 2000، هيرمان 1999) بـأن قلـق المـوت يكـون أعلى في المستويات اللاشعورية عنـه في المـستويات الـشعورية وخـصوصاً فيمـا يتعلـق بالمسنين والمرضى، ولهذا السبب فقد تم الاستشهاد بفكرة الإنكار لتفـسير عـدم وجـود درجات متزايدة في قلق الموت بين المحتضرين. وبصورة مماثلـة فقـد يُعـزى فـشل إيجـاد علاقة بين قلق المـوت والاتـصال بـالموت إلى الاسـتخدام المقـصورعلى مقـاييس قلـق الموت الشعوري في هذه الدراسات.

وقد استفاد مؤشر آخر لإنكار قلق الموت مـن مقيـاس (بـايرن 1994) للكبـت- الحـساسية، فالأشـخاص الـذين يميلـون لكبـت التهديـدات(طبقـاً لمقيـاس الكبـت – الحساسية) يميلون أيـضاً لأن يكـون قلـق المـوت الـشعوري لـديهم قلـيلاً كمـا يقـاس بمقياس قلق الموت، ولم يجد تيمبلر أي علاقة دالة بين درجة الكبـت والحـساسية وقلـق

الموت اللاشعوري ؛ وبشكل أوضح فإن الأشخاص الكابتين حين يكـون قلـق المـوت الشعوري لديهم منخفضاً فإن قلق الموت اللاشعوري أيضاً يكون منخفضاً.

وقد وجد (تيمبلر)أيضاً ارتباطـاً قيمتـه (30 .0) بـين مقيـاس قلـق المـوت وقلـق الموت اللاشعوري مقاسـاً بـه استجابة الجلـد الجلفانيـة للمـوت المـرتبط بمـادة المـثير، وبصورة أدق فإن هذا الارتباط الايجابي يشير إلى أن مستويي قلق الموت غير مـستقلان كلياً.

وقد ناقش (دونالدسون 2001) التعريفات العملية والنظرية الـتي يجـب أن تحـدد قبل أن ترسـم الاسـتنتاجات حـول وجودهـا، ويبـدو أن التعـارض بـين قلـق المـوت الـشعوري واللاشـعوري الموجـود في البحـث الـذي تناولنـاه آنفـاً يـصلح لإعطـاء ايضاحات عملية وملائمة، أما الخطوة التالية فهي وجوب الكف عن القيام بمحـاولات إضافية لإيجاد ارتباطات بين الموت الشعوري والتعامل مع قلق الموت كمفهـوم متعـدد المستويات، ويبـدو أن البحـث الـذي استخدم التنـاقض بـين قلـق المـوت الـشعوري واللاشـعوري كمـتغير والبحـث عـن ارتباطاتـه سيـساعدنا في الوصـول إلى ذلـك، فالديناميكية الداخلية التي تنتج عـن عـدم التناسـق بـين المـستويات المختلفـة لمواقـف الشخص حيال الموت قد تبرهن على أنها أكثر أهمية من قلق الموت ذاته.

"العوامل البيئية المؤثرة على قلق الموت"

أظهرت الأدبيات وجود ثلاثة أنواع من المتغيرات البيئية المؤثرة على قلق الموت، فقد درس الباحثون تأثيرات التداخل التربوي والاتصال المباشر مع الموت، وتأثير العائلة على قلق الموت، وقد سجل (لوكاس 1994 وتيمبلر وراف وفرانكز 1997) ارتباطات عالية بلغت (79 .0) إلاّ أن هذا الارتباط كان يميل في بعض الأحيان لأن يكون أعلى بطريقة ما عندما يكون الطفل أوأحد والديه من نفس الجنس، وعلى الرغم من أن هذه البيانات لا تخبرنا بأي شيء عن الأهمية النسبية للبيئة والوراثة كمحددات لقلق الموت، إلا أنها تساند وبشكل واضح النظرية التي تقول بأن البيئة تؤثر على قلق الموت من خلال التأثير الذي يمارسه الوالدين.

(وقد وجد (ليستروتيمبلر 1994) نزعة تطورية لافتة للنظر في ارتباطات الطفل بوالديه، فخلال المراهقة تنخفض ارتباطات قلق الموت بين البنت ووالديها بشكل مستقر نسبياً وتصبح الدلالة الإحصائية للعلاقة ضئيلة في عمر الثامنة عشرة أو التاسعة عشرة، ولا نستطيع تقديم أي تفسير للميل الواضح للمراهقين بالتأثر بوالديهم بينما نجد أن المراهقات الإناث يقطعن الخيوط التي تربطهن بقلق الموت، وقد سجل (ايمارينو 1995 نتيجة أخرى لتأثير العائلة، فقد لاحظ بأن الطلبة في الصف التاسع ممن يعيشون مع أحد الوالدين يخافون الموت بدرجة أعلى من نظرائهم الذين يعيشون مع والديهم، ويمكن تفسير هذا كدليل على أن قلق الانفصال يمكن أن يكون سابقاً لقلق الموت؛ وهذا الاستنتاج سوف يساعدنا في توضيح تأثير بيئة العائلة على قلق الموت.

وبما أن قلق الموت يبدو وكأنه ظاهرة متأثرة بالجانب الاجتماعي فإن أي شخص منا يتوقع بأنها تستجيب لأي تدخل مباشر ولذلك فإن محاولات التحقق من نجاح التدخل بمناهج دورات التمريض، والمقررات التعليمية في الكلية قد قوبلت بنجاح متباين، فالممرضين والممرضات ممن كانوا على وشك التخرج يتقبلون الموت بشكل أكبر ممن هم في المراحل المبكرة من تدريبهم (يورث وكاب ونكت 1999) وكان قلق الموت لديهم أقل (ليستر وجيتي وكينسل 1998) وكانت أفكار الموت أقل تكراراً لديهم (شنايدر، جيرتلر وفيرينو 1998) وباستثناء ليستر وزملاؤه فإن معظم الباحثين يعزون التغيرات التي تطرأ على قلق الموت إلى مناهج مدرسة التمريض متجاهلين التفسيرات البديلة الأخرى كالاتصال المباشر بالمرضى، ومن كل هذا يمكننا أن نستنتج بشكل أكيد وجود شيء معين في تجربة الطالب التمريضية يقلل من حدة قلق الموت لديه.

من ناحية أخرى فقد تم تقييم العديد من برامج ثقافة الموت المعنية فتبين أن واحداً منها فقط هو الذي أحدث انخفاضاً دالاً بقلق الموت، ففي 1994 وجد مواري بأن درجات قلق الموت لدى الممرضات قد انخفضت بوضوح بعد انتهاء المقرر الدراسي الذي استغرق ستة أسابيع، عليه فإنه من المحتمل أن يكون العمل التطبيقي والعملي للممرضات قد تفاعل مع البرنامج المذكور في التقليل من قلق الموت في حين أن المقررات الدراسية المقدمة لطلبة الكليات لم تغير في قلق الموت لديهم على نحو جوهري ودال.

وفي الوقت الذي ستستمر فيه وبشكل أكيد المقررات الخاصة بثقافة الموت في كليات ومدارس التمريض إلا أن (تيمبلر وراف وسيمبسون 1994) ابتدعوا طريقة غير مباشرة ويبدو أنها فعالة في تقليل قلق الموت، فقد قيّموا قلق الموت لدى بعض

الأفراد قبل وبعد العلاج النفسي الذي اشتمل على تقليل الاكتئاب فوجدوا أن درجات مقياس قلق الموت انخفضت بشكل ملحوظ على طول المدى مع الاكتئاب مظهرة بأن الاكتئاب وقلق الموت متلازمان إلى حد ما.

وعلى الرغم من البحوث الكثيرة في هذا الصدد إلا أن أي بحث لم يُظهِر تأثير الاتصال مع الموت أو مع المواقف العالية الخطورة بقلق الموت، كما ان التقرير الذاتي عن معاناة الموت المهدد السابق لاترتبط هي الأخرى بقلق الموت.

من ناحية أخرى لوحظ بأن قلق الموت عند الممرضات لايرتبط بمعدل موت المرضى في الوحدة التي يعملن بها (شسترمان وسيكرست 1999) أو ضمن مجال تخصصهن أيضاً ، ومن الجدير بالذكر أيضاً أن قافزي المظلات والأرامل لم يسجلوا درجات أعلى من المجموعة الضابطة في مقياس الموت على الرغم من أن (سوينسون 1997) وجد بأن تلكم الأرامل يملن إلى إنكار شعورهن بقلق الموت عندما تستخدم الطرق المباشرة معهن، وتشير هذه النتائج مرة أخرى إلى أهمية معرفة المستوى الذي يقاس ويقيّم عنده قلق الموت.

"البحـــــث المستقبـــلي"

يوحي لنا هذا العرض عن موضوع قلق الموت بـأن البحـث المستقبلي يجـب أن يتحرك بثلاث اتجاهات :

الاتجاه الأول: يتعين على الباحثين أن يكونوا حساسين لتعدد أبعـاد قلـق المـوت إذ من الممكن تجنب الكثير من الالتباس الذي وقعت فيه الأبحاث الماضـية وذلـك مـن خلال معرفة أمر ثابت وهو أن قلق الموت يتكـون مـن عـدد مـن العناصـر الأساسـية المستقلة والـتي يمكـن لأي واحـد منهـا أن يـصل إلى المـستوى العـام أو الشخـصي أو اللاشعوري، ويجب أن يكون الهدف المباشر هو بحث العناصـر الفرعيـة المتنوعـة لقلـق الموت، وقد تم تحديد بعضاً من هذه العناصر مثل القلق على اللاوجود، والقلـق بـشأن عملية الاحتضار ومـا يـرتبط بهـا مـن (الاذلال والألم والمعانـاة) فيمـا يتعلـق بالـذات وبالآخرين، وهناك عناصـر أخـرى تـضمن القلـق مـن تـأثير مـوت الـشخص علـى المحيطين به، أو القلق على توقف خطط ومشاريع الفرد المعني.

الاتجاه الثاني : يجب أن تتركز المحاولات على تسوية حـالات التنـاقض بـين قلـق الموت الشعوري وقلق الموت اللاشعوري، فنتائج هذا التنـاقض قـد تثبـت لنـا في آخـر الأمر قلق موت مهم ومشوق أكثر من قلق الموت البسيط بحد ذاته ؛ إن مفهومنا حـول هذه المشكلة يتمثل بالأبحاث الحديثة في موضوع الموت النفسي الـذي كتبـه (كاسـتنباوم وكوستا 1997) فقـد أشـارا إلى أن الخـوف مـن المـوت وقلـق المـوت همـا ظاهرتـان مختلفتان ومستقلتان، فقد يكون للشخص مخاوف قوية كثيرة من الموت ولكنه مع ذلـك فقد يظهر قدراً ضئيلاً من قلق الموت، وإذا ما استعرضنا الأمـر مـن هـذا المنظـور فإنـه لايوجد سبب قوي للاعتقاد بأن هنالـك علاقـة متناغمـة بـين قلـق المـوت الـشعوري

واللاشعوري، وعلى أساس ذلك فإن المحاولات الإضافية لتوسيع قائمة ارتباطات قلق الموت تبدو ذات فائدة ضئيلة في فهم واستيعاب ارتباطها بسلوك الإنسان.

الاتجاه الثالث: هو وجوب أن يبذل جهد في توضيح النتائج السلوكية والوظيفية لقلق الموت، وكمثال على ذلك دراسة (تيمبلر 1998) لقلق الموت عند المدخنين فقد وجد هذا الباحث أنه في الوقت الذي لايختلف فيه المدخنون وغير المدخنين في قلق الموت إلا أن المدخنين الذين لديهم قلق موت عالٍ فإنهم يميلون للتدخين بشكل أقل من غيرهم ؛ وكمثال آخر على ذلك هو دراسة (كاستنباوم وبريسكو 1999) حول سلوك الأشخاص عند عبور الشارع فقد حاول الباحثان إظهار احتمالية ارتباط السلوك الملاحظ بشكل طبيعي بالمتغيرات الاجتماعية النفسية غير الملاحظة فوجدا بأن هناك علاقة ارتباطية قوية بين المجازفة في عبور الشارع والميول الانتحارية، والحالة الزوجية،والفترة المرغوبة أو المتوقعة في البقاء على قيد الحياة.

وقد بحث (شولز وأدرمان 1997) العلاقة بين قلق الموت لدى الأطباء وبين طول مدة بقاء مرضاهم في المستشفى على قيد الحياة، فقد افترض الباحثان بأن الأطباء الذين يساورهم قلق موت عال يكونوا أقل رغبة في الاعتراف بأن مرضاهم في الطور النهائي من الحياة، وعلى هذا الأساس كانوا يميلون إلى استخدام إجراءات بطولية في محاولة لإبقائهم على قيد الحياة، وبناءاً على ذلك فإن هؤلاء المرضى عند إدخالهم إلى المستشفى يفترض أن يعيشوا لفترة أطول من المرضى الذين هم في الطور النهائي من الحياة الذين يشرف على علاجهم أطباء لديهم قلق موت منخفض.

وبهدف اختبار هذه الفرضيات فقد تم إخبار (24 طبيباً) يعملون في إحدى الوحدات بمستشفى في جنوب تينسي بأن الباحث سيقوم بزيارات قصيرة لمختلف العاملين كجزء من دراسة شاملة تتناول اتجاهاتهم نحو الموت، وبعد تقديم

التوضيحات الكافية طلب منهم التعبير عن موافقتهم أو رفضهم باستخدام مقياس متدرج من (-3، +3) فقد تمت قراءة الفقرات الخمس الآتية على كل طبيب:

1. أميل إلى الشعور بقلق الموت عندما أسافر على الطرق العامة السريعة.
2. أجد من الصعوبة أن أواجه بجرأة الحقيقة المطلقة للموت.
3. ينزعج الكثير من الناس لدى مشاهدتهم قبراً جديداً لكن هذا الأمر لايزعجني.
4. أجد بأن التفكير بالموت عند رؤية الجنائز هو شيء مزعج.
5. أنزعج عندما أفكر بقِصَر الحياة.

وقد تم تقسيم الأطباء الأربعة والعشرين الذين أجريت معهم المقابلة إلى ثلاثة مجاميع تعكس درجة قلق الموت (1) العالي(ن=8)، (2) المتوسط (ن=7) (3) المنخفض (ن=9). كذلك دراسة وفحص سجلات هؤلاء الأطباء وملفاتهم في المستشفى لتحديد عدد المرضى الذين عالجهم كل طبيب، وعدد المرضى الذين فارقوا الحياة، ومتوسط طول البقاء في المستشفى التي أمضاها المحتضرين وغير المحتضرين، وقد قدمت البيانات ذات الصلة في الجدول التالي:

جدول يبين (متوسط فترة البقاء في المستشفى للمرضى المحتضرين وغير المحتضرين والنسبة المئوية للمرضى الذين ماتوا من خلال قياس مستوى قلق الموت للأطباء المصاحبين (المعالجين)

	مستوى قلق الموت للأطباء المصاحبين (المعالجين)		
	عالي	متوسط	منخفض
	ن=8	ن=7	ن=9
معدل احتضار المريض (بالايام)	14. 49	9. 98	8. 45
معدل بقاء المريض المحتضر(بالايام)	11. 20	9. 76	10. 46
النسبة المئوية لكل المرضى المعالجين والذين ماتوا	3. 25	5. 32	3. 32
النسبة الفائية (2. 22)= 3. 52 وباحتمالية 0. 05			

لقد تباينت طول فترة إقامة المرضى المحتضرين، كما تباين قلق الموت لدى الطبيب أيضاً فالمرضى الذين يعالجهم طبيب لديه قلق موت عال بقوا في المستشفى بمعدل(14. 49) يوماً قبل الاحتضار، بينما المرضى الذين عالجهم طبيب ذا قلق موت متوسط ومنخفض بقوا في المستشفى (9. 98 و8. 45) يوماً على التوالي ؛ وهنالك تفسير واحد محتمل لهذه النتائج وهو أن الأطباء الذين لديهم درجة عالية من قلق الموت يُدخلون مرضاهم الميؤوس منهم إلى المستشفى في وقت مبكر، أو أنهم يميلون إلى استخدام إجراءات بطولية كبيرة لإبقاء هؤلاء المرضى على قيد الحياة، كذلك يبدو من هذه النتائج بأن المرضى غير المحتضرين لا يختلفون في طول مدة بقائهم في المستشفى كواحد من العوامل الوظيفية الفعالة لقلق الموت الذي يساور أطبائهم، كذلك لم تتباين النسبة المئوية لحالات الموت في كل مجموعة من الأطباء باعتبارها وظيفة فعالة من وظائف مستوى قلق الموت ؛ وإذا ما أخذنا كل هذه العوامل مجتمعة بنظر الاعتبار فإن البيانات توحي بأن قلق الموت قد يؤثر على سياسة الأطباء فيما يتعلق بمعالجة المرضى ممن هم في المرحلة الأخيرة من حياتهم، وحيث أن

هذه البيانات هي بيانات ارتباطية عليه فسيكون من الضروري جداً أن نحصل على معلومات إضافية أكثر لإقامة الدليل على هذه الفرضية بشكل عملي وملموس.

وحيث أن هذه التجربة تمثل إحدى الطرق التي تربط قلق الموت ببعض النتائج السلوكية المعنية والى الحد الذي يمكننا من ربط قلق الموت بالنشاط الوظيفي للفرد والتأثير فيه، فإن السعي وراء هذا المفهوم يجب أن يكون سعياً مهماً ومفيداً.

"الاستنتاج"

لقد أصبح التفكير بالموت من أكبر الهموم التي شغلت اهتمام البشرية وكانت الكثير من التخمينات مبنية على الحدس والتخمين وعلى دراسات بعض الحالات الفردية، وقد أسفرت هذه التخمينات عن مفاهيم غنية ومعقدة عن ما الذي تخافه الإنسانية من الموت وعن الكيفية التي تؤثر بها هذه المخاوف في نشاطها الوظيفي، ولقد استخدم بعض الباحثين هذا المفهوم للبرهنة على أن قلق الموت كان مصدر الهام للعديد من الانجازات الفردية العظيمة وبالعودة إلى الدراسات التجريبية التي تناولت العلاقة بين قلق الموت ومجموعة من المتغيرات الأخرى، نجد أن هذه الفكرة بسيطة إلى حد ما ؛ كما يبدو أن قلق الموت ليس مفهوماً أحادي البعد، بل هو مفهوم يشتمل على الكثير من العناصر، ويمكن تقييم كل عنصر فيه في مستويات مختلفة.

الفصـــل الثالث

ديموغرافية الموت

Demography Of Death



ديموغرافية الموت

برغم الكثير مما حققته البشرية خلال العقود الثلاث المنصرمة، إلا أنها لم تتمكن لحد الآن من إيجاد علاج شاف من الموت، فالناس مازالوا يموتون، وهم يموتون لحد الآن وبنسب وأسباب يمكن التنبؤ ببعضها، ومع ذلك فقد حدث تغيران مهمان في المائة عام الأخيرة، **الأول**: هو أننا أصبحنا الآن نعيش لفترة أطول مما كنا نعيشه آنئذ، فلقد تزايد متوسط العمر المتوقع وظهرت الزيادة الأكبر في الرضع والأطفال والبالغين والشباب وكذلك بالنسبة للإناث من جميع الأعمار، أما **الثاني**: فهو تغير أسباب الموت الرئيسية، فالأمراض المعدية كالسل والانفلونزا وذات الرئة قد حل محلها أمرضا انحلالية قاتلة مثل أمراض القلب والسرطان والسكتة الدماغية كأسباب مؤدية إلى الموت.

ماذا نعني بالمتوسط المتوقع للحياة ؟

لقد تم تعريف المتوسط المتوقع للحياة على أنه "معدل استمرارية الحياة" وهو متوسط عدد السنوات التي يعيشها الفرد من مجموعة معينة من الأشخاص المولودين في سنة معينة، فعندما نقول بأن متوسط عمر الحياة المتوقع في الولايات المتحدة عام 1900 كان 3 .47 فإننا نعني بقولنا هذا بأن أي شخص ولد عام 1900 فإن المتوقع له أن يعيش ليبلغ 3 .47 عاماً، وهذا يظهر لنا بأن هناك زيادة ملفتة ومدهشة في طول عمر الإنسان، وفي كل الأحوال فإن ذلك يعزى بشكل كبير إلى تناقص نسبة الوفيات في السنين الأولى من عمر الفرد، فالكثير من الأشخاص الذين ولدوا عام 1900 قد ماتوا في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة وعليه فمن الطبيعي أن ينخفض متوسط الحياة بشكل كبير، وهكذا بالنسبة للأشخاص الذين بقوا على قيد الحياة حتى مضى

العقد الأول من حياتهم حتى وإن كانوا مولودين عام 1900 فإن المتوقع أن يعيشوا فترة زمنية أطول بشكل ملحوظ من متوسط العمر المتوقع، فعلى سبيل المثال يمكن لفرد معين يبلغ من العمر 15 سنة من مواليد عام 1900 أن يتوقع بأنه سيعيش حتى يبلغ من العمر 66 سنة، ولو أن نفس الفرد هذا عاش حتى بلغ عمره الخامسة والستين فمن الممكن أن يتوقع أنه سيعيش 12 سنة أخرى إضافية، كذلك فمن المحتمل لفرد يبلغ من العمر 15 سنة من مواليد 1971 أن يعيش ليبلغ من العمر 78 سنة في حين أن شخصاً يبلغ من العمر 65 سنة من نفس المجموعة فإنه يتطلع وضمن المعدل العام هذا إلى العيش خمسة عشرة سنة أخرى إضافية، إن الفارق في طول العمر المتوقع بالنسبة للأفراد البالغين من العمر 65 عاماً سواءً كانوا من مواليد 1900 أو 1971 هو ثلاث سنوات فقط.

ويمكننا مما تقدم أن نستنتج بأنه في الوقت الذي لانعيش فيه حياة أطول بكثير من الحياة التي عاشها غيرنا قبل مائة سنة إلا أن القسم الأعظم منا يبلغون سن الشيخوخة، ومما تجدر الإشارة ا ليه أن التوثيق الدقيق الذي يمكن الاعتماد عليه في تحديد وتعيين متوسط الحياة المتوقع لم يتوفر لدينا إلاّ في القرن الأخير ومع ذلك فإن الباحثين قد استطاعوا تقدير معدل استمرارية الحياة لعصور ما قبل التاريخ وصولاً إلى القرن التاسع عشر، فعلى سبيل المثال قدّر (دوبلن Dublin 1981) بأن الناس من عصور ما قبل التاريخ كانوا يعيشون 18 عاماً في المتوسط، وهذا التقدير يتفق إلى حد ما مع طول الحياة المقدر لبعض المجموعات القليلة الباقية في أفريقيا وأماكن أخرى والتي تتشابه ظروفها وأحوالها المعيشية مع ظروف هؤلاء الذين عاشوا قبل التاريخ والتي وصفها (ليمر Lemer 1986) بقوله : "كانت الحياة خلال عهود ما قبل التاريخ

كما يقول هوبسيان Hobbesian خطيرة وقصيرة ووحشية وكان العنف هو السبب الدائم للموت، ويتأكد هذا الحكم من خلال دراسة الكثير من الجماجم التي وجد عليها آثار ضرب وكدمات فلقد كان الشاغل الرئيسي للإنسان آنذاك منصباً على إرضاء حاجاته الأساسية للبقاء على قيد الحياة في وجه البيئة التي تُكِن له العداء بحيواناتها المفترسة، ومن الناس الآخرين الذين يمتلكون نفس القدر من وحشية الحيوانات، وكان البقاء على قيد الحياة لفترة تتجاوز الأربعين عاماً نادراً جداً، وعلى هذا الأساس فإن الأشخاص الذين كانوا يبلغون من العمر أواسط العشرينات أو أوائل الثلاثينات فإنهم كانوا يعدّون بحكم الواقع حكماء وواسعي الاطلاع والمعرفة وكنتيجة لذلك فإنهم كانوا يعاملون معاملة خاصة باعتبارهم من ذوي الحكمة والعقل الرشيد وهكذا فكلما نمت الحضارات وتحسنت ظروف المعيشة ازدادت فترة الحياة التي يعيشها الإنسان.

ولقد قدر الباحث (ليرنر 1996 Lerner) متوسط العمر المتوقع للناس في اليونان القديمة وروما بعشرين أو اثنتين وعشرين عاماً، ولكن بحلول القرون الوسطى ارتفع متوسط الحياة المتوقع ليصل إلى (33) عاماً في مستعمرة خليج ماسوشستس في شمال أفريقيا فقد بلغ متوسط العمر 35 عاماً وبعد مرور قرن كامل بلغ متوسط الحياة في انكلترا وويلز 41 عاماً، أما بالنسبة للولايات المتحدة فإن البيانات المتوفرة لدينا تبدأ عام 1900 ويمثل لنا الجدول الآتي توقعات الحياة لفترات متعددة :

جدول يبين متوسط العمر المتوقع للإنسان من عقود ما قبل التاريخ إلى الوقت الحاضر

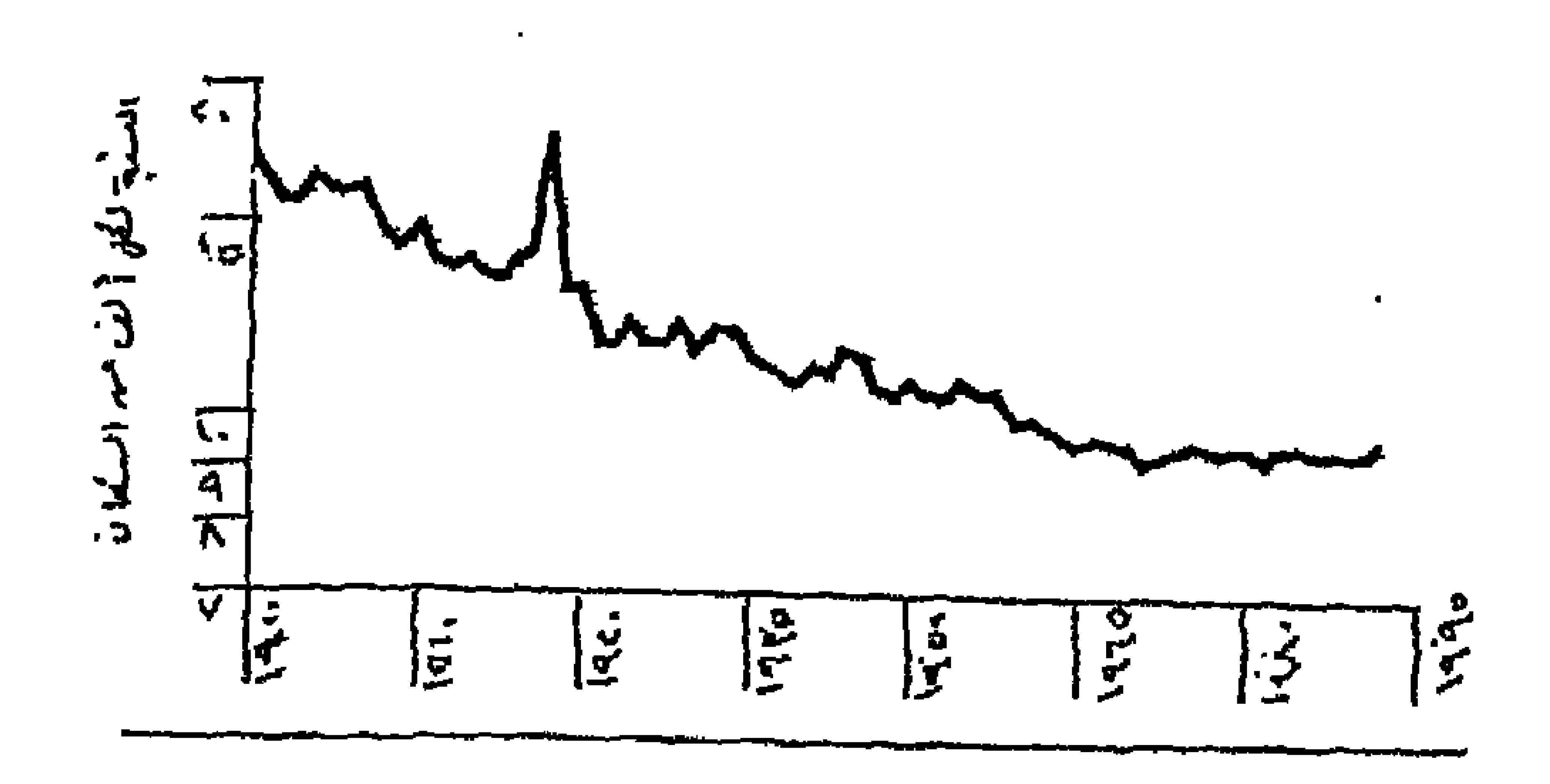
الفترة الزمنية	متوسط فترة الحياة بالسنوات
قبل التاريخ	18
اليونان القديمة	20
روما القديمة	22
العصور الوسطى، انكلترا	33
مستعمرة خليج ماساشوستش 1620	35
القرن التاسع عشر، انكلترا، ويلز	41
امريكا 1900	47. 3
امريكا 1940	58. 5
امريكا 1961	67. 6
امريكا 1975	70. 2
امريكا 1989	73

المصدر: (ديمغرافية الموت) في إي، اس شيندمان (الموت: مفاهيم حديثة) بالوالتو، كاليفورنيا مايفيلد 1991 ص 140

وتظهر البيانات المتوفرة لدينا أن هناك زيادات ملحوظة في معدل استمرارية الحياة خلال السنوات الخمس والسبعين الأخيرة، ولكن يبدو أن هذه الزيادة أخذت بالتناقص، فقد كانت نسبة الزيادة في السنوات الخمسة عشر الأولى من القرن المنصرم أقل بقليل من ستة أشهر لكل سنة، وهذه النسبة بدأت بالتناقص في الفترة الواقعة بين عام 1945-1971 حيث وصلت إلى أقل من شهر واحد سنوياً، ونستطيع أن نرى نسبة الوصول إلى الموت في الشكل التالي والذي يبين لنا الانحدار التدريجي بنسبة الموت من عام 1900 وحتى عام 1995، وإذا ما أخذنا بنظر الاعتبار المعدلات

الواطئة للوفيات بين الأطفال حديثي الولادة والأكبر منهم سناً فإنه من غير المحتمل أن ترتفع الأعمار في الولايات المتحدة ما لم تتم الوقاية والمعالجة من أمراض القلب والسرطان، وإنقاص عدد الوفيات الطارئة.

شكل يبين نسبة الوفيات لكل 1000 من السكان في الولايات المتحدة 1900-1995



المصدر : أعيد طبعة بموافقة الناشرين : مطبعة جامعة هارفارد

"معدل الوفيات والنسبة المرضية في U. S. A جمعية الصحة العالمية الأمريكية" دراسات إحصائية صحية وحياتية بموافقة المكتب الوطني للاحصائيات الحيوية قسم الصحة والتربية والترقية الامريكي".

أسبـــاب المـــــوت

قامت منظمة الصحة العالمية (WHO)[1] عام 1955 بتصنيف أسباب الموت وفقـاً لمعـايير خاصـة، وأدرجـت هـذه المعـايير ضـمن قائمـة التـصنيف العـالمي للأمـراض والإصابات وأسباب المـوت، وإضـافة إلى ذلـك قامـت المنظمـة أيـضاً بوضـع صـيغة لشهادة الوفاة الطبية وإجراءات تعبئتها عنـد اسـتخدامها (وفي الـصفحة التاليـة صـورة لهذه الشهادة) وهي نموذج يعطينا نوع المعلومات الواجب تسجيلها في معظم شـهادات الوفاة، ويلاحظ أنه بالامكان الإشارة إلى أسباب ثانوية عديدة للوفاة ولكن عنـد عمـل الجداول الإحصائية فإننا نضع السبب الأساسي للوفاة فقط.

(1) WHO = World Health Organization

مجلس مدينة انديانا للصحة

قسم سجلات الحياة

شهادة وفاة طبية

الرقم المحلي .... رقم الولاية ....

وتعد أمراض القلب هي واحدة من الأسباب الخطيرة المؤدية للموت في الوقت الحاضر-(انظر الجدول في الصفحة التالية) ففي عام 1986 تم تصنيف 39٪ من مجموع حالات الموت الكلية في فئة أمراض القلب، وهذه النسبة تمثل زيادة واضحة عن نسبة 8٪ من مجموع الوفيات التي كانت تعزى إلى أمراض القلب عام 1900، كما أن الأورام الخبيثة (السرطان) وأمراض النزف الدماغي (السكتة الدماغية، والآفات الوعائية التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي) جاءت في المرتبة الثانية والثالثة حيث بلغت نسبتهما 17٪ و 11٪ على التوالي من مجموع الوفيات الكلية، ونشير ثانية الى ان هذه النسب تمثل تغيراً كبيراً في نسب الوفيات عند مقارنتها باحصائيات الوفيات لعام 1900، فعند ملاحظة الجدول يتبين بأن مرضى السرطان والسكتة الدماغية كانا في المرتبتين الخامسة والثامنة في عام 1900 حيث كانت النسبة المئوية لكليهما 10٪ من المجموع الكلي للوفيات.

جدول يبين : الأسباب العشرة المؤدية إلى الوفاة بالولايات المتحدة لعامي 1900 و 1986

ت	سبب الوفاة	النسبة لكل مئة ألف	النسبة المئوية من كل الوفيات
1900			
1	جميع الأسباب	1719. 1	100. 0
2	النزلة الوافدة (الانفلونزا) وذات الرئة	202. 2	11. 8
3	السل	194. 4	11. 3
4	التهاب المعدة	142. 7	8. 3
5	أمراض القلب	137. 4	8. 0
6	النزف المخي	106. 9	6. 2
7	التهاب الكلية المزمن	81. 0	4. 7
8	الحوادث بشكل عام	72. 3	4. 2
9	الاورام الخبيثة	64. 0	3. 7
10	الدفتريا (الختان)	40. 3	2. 3
1986			
1	جميع الأسباب	935. 7	100. 0
2	أمراض القلب	394. 5	39. 0
3	الأورام الخبيثة	157. 2	16. 8
4	النزف المخي	102. 2	10. 9
5	الحوادث بشكل عام	57. 2	6. 1
6	النزلة الوافدة(الانفلونزا) وذات الرئة	28. 8	3. 1
7	تصلب الشرايين العام	19. 0	2. 0
8	داء البول السكري	17. 7	1. 9
9	أمراض جهاز الدوران الأخرى	15. 1	1. 6
10	أمراض القصبات والشعب الرئوية	14. 8	1. 6

المصدر: المركز العالمي للإحصائيات الصحة. حقائق عن الحياة والموت. منشورات خدمات الصحة العامة رقم 600 واشنطن جدول 12.

ويبين لنا الجدول التالي التغير الذي طرأ على أسباب الوفاة بشكل بياني حيث يقدم النسبة المئوية للتغيرات عام 1900 إلى 1990 لأربعة أسباب مختارة، فمن الجدير بالذكر أن حالات الوفاة من جراء الإصابة بأمراض السل والنزلة الوافدة (الانفلونزا) وذات الرئة قد تضاءلت بنسبة 100٪ تقريباً خلال القرن الماضي، في حين تزايدت نسب الوفيات جراء الإصابة بأمراض الأوعية الدموية والقلبية والسرطان لتصل إلى 43٪ و 153٪ على التوالي في نفس الفترة، فأمراض الأوعية الدموية القلبية والأورام الخبيثة هي الأكثر شيوعاً في أواسط وأواخر العمر، ولذلك فإن الزيادة في نسبة الوفيات جراء هذه الأسباب تعود أساساً لتزايد طول فترة حياة الإنسان مدة تكفي لأن يتأثر بهذه الأمراض.

إن حوادث المرور في الولايات المتحدة تعد من الأسباب المهمة للوفاة التي غالباً ما نتجاهلها، وقد تم إدراج حوادث المرور لعامي 1900 و 1990 ضمن قائمة الأسباب العشرة الرئيسية المسببة للوفاة، كما يمكننا أن نشير إلى أن الزيادة في النسبة المئوية للوفيات نتيجة لحوادث المرور من 2 .4 إلى 1 .6 بالمئة يمكن أن يعزي إلى السرعة العالية والاستخدام المتزايد للسيارات، وتتوضح أهمية عامل السرعة بانخفاض وفيات الحوادث عندما حددت السرعة القصوى بـ 55 ميلاً بالساعة في السبعينات.

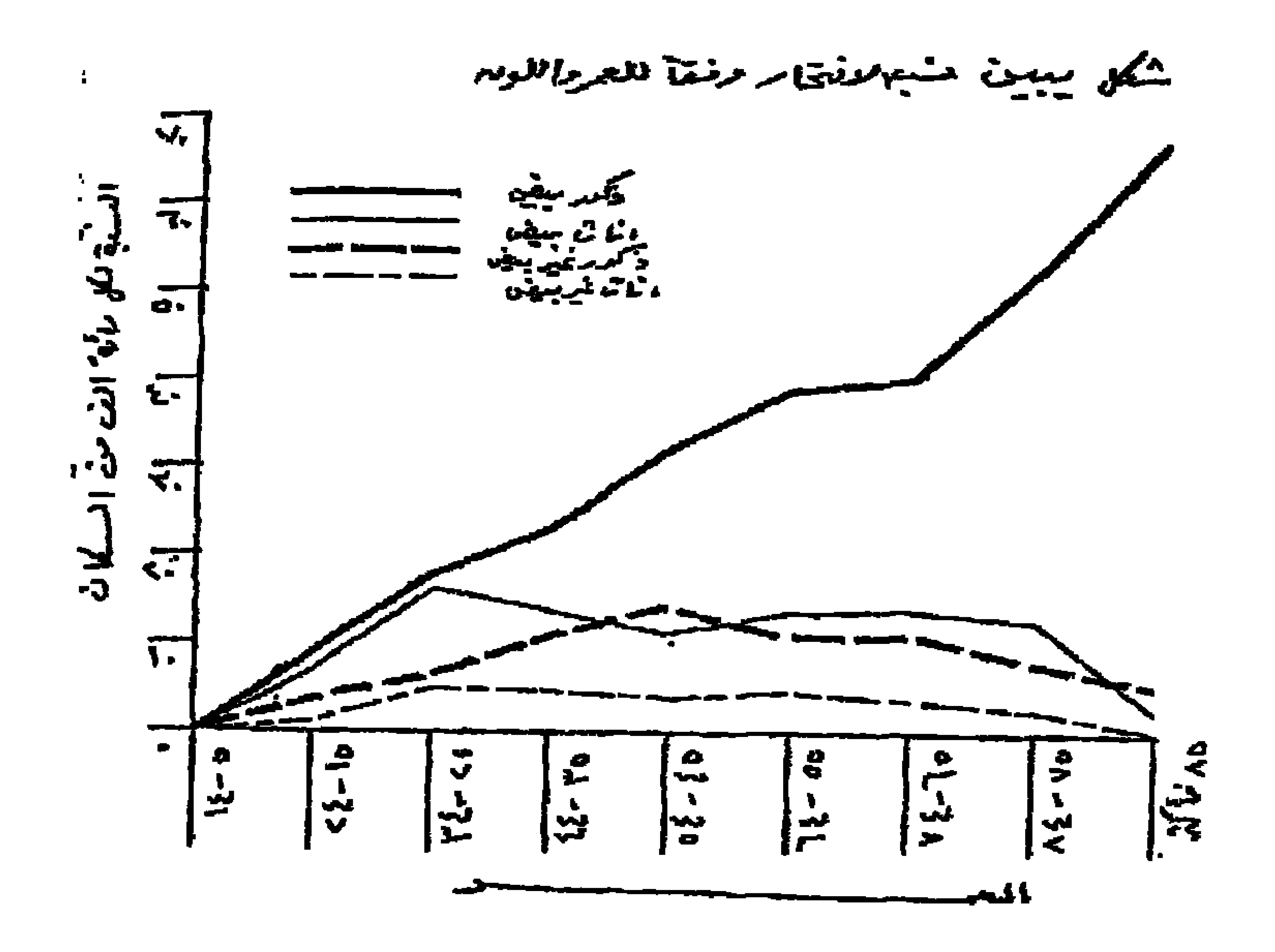
جدول يوضح نسب وفيات مختارة والتغيرات الحاصلة في هذه النسب بالولايات المتحدة من 1900 -1970

سبب الوفاة	النسبة لكل مئة ألف من السكان		التغيرات في النسب المئوية
	1900	1990	
السل (بكل انواعه)	194. 4	2. 7	98. 6-
الانفلونزا وذات الرئة	202. 2	30. 5	84. 9-
أمراض القلب والاوعية الدموية الأساسية وأمراض الكلى	345. 2	494. 0	43. 3+
الاورام الخبيثة	64. 0	162. 0	153. 1+

المصدر: مكتب الإحصاءات الرسمي للسكان، احصائيات تاريخية للولايات المتحدة 1900- 1957 واشنطون 1958 مكتب الإحصاءات الرسمي للسكان. خلاصة إحصائية. واشنطون.

أما نسب الانتحار فتختلف باختلاف العمر واللون والجنس، والشكل التالي يبين لنا أن أعلى نسب الانتحار كانت لدى الذكور البيض وخصوصاً كبار السن منهم، أما نسب الانتحار بين الإناث البيض وبين الذكور والإناث من غير البيض فإنها تصل إلى ذروتها خلال فترة البلوغ وأواسط العمر وتميل إلى النقصان عند الكبر، وهنا يبرز سؤال، لماذا تزداد نسب الانتحار بين الذكور البيض كلما تقدم بهم العمر؟ وللإجابة على هذا السؤال فإنه تتوفر لدينا عدة إجابات منها أن المجتمع يسيطر ويهيمن عليه الذكور البيض بنسبة واسعة وهؤلاء عندما يتقدم بهم العمر فإنهم يعانون من الإحساس بالفقدان الكبير لمكانتهم، وقد يتعرضون للانحلال والخوف من التدهور الجسدي المصاحب للشيخوخة، كما أنهم يحرصون أكثر على حماية الموارد المالية للزوجة أو للأطفال الباقين على قيد الحياة، أما السبب الأهم فهو حقيقة أن الذكور

البيض لديهم الكثير مما يخسرونه عندما يكبرون ويصبحون أقل قدرة على التعامل مع هذه الخسارة.



المصدر / احصائيات صحية وحيوية سلسلة 20/ 1997/ 5 المركز القومي للاحصائيات الصحية

المتغيرات الديمغرافية والموت*

ما هي العلاقة بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية ونسبة الموت؟ إن الأفراد الذين هم في أسفل السلم الاقتصادي الاجتماعي أي في مستوى الفقر المدقع تكون نسبة الوفيات بينهم عالية، كما أن الوفاة بين الفقراء تكون عالية خلال فترة الرضاعة والطفولة المبكرة ومرحلة البلوغ الأولى لأنهم لا يحصلوا على ما يكفي من الخدمات الصحية التي يتضمنها نظام الرعاية الطبي مما زاد في الأمراض المعدية كالانفلونزا وذات الرئة تلك التي تشكل تهديدات خطيرة على الحياة بين المجاميع الفقيرة.

وإذا ارتقينا بالسلم إلى الأعلى قليلاً فإننا نجد أن الطبقة العاملة الكادحة لديها أعلى نسبة وفاة على الاطلاق، إلاّ أن الوفاة بسبب الأمراض المعدية في الأعمار الأصغر أقل نسبياً بسبب سهولة الحصول على الرعاية الطبية الجيدة، وبما أن هذه الطبقة لا تعيش حياة الطبقة الوسطى (التي لا تتطلب أغلب أعمالها الحركة بل الجلوس في معظم الأحيان) لذا فإنهم أقل عرضة للإصابة بأمراض القلب المتأتية من البدانة ونقص التمارين، أو زيادة التوتر المهني الذي نجده بين العاملين في الطبقة الوسطى.

وعلى الرغم من المستوى المعيشي المرتفع للعاملين في الطبقة الوسطى الذي يساعد على استمرارية الحيوية والشباب إلا أنه قد يكون عقبة في السنوات التي تلي ذلك فتصبح نسب الوفيات بين العاملين في هذه الطبقة أثناء السنوات الوسطى من العمر وبعدها أعلى نسبة من بقية السكان وهذا يعود أساساً إلى وقوع الأمراض القاتلة بين هذه الطبقة كأمراض القلب والسرطان والسكتات الدماغية. ولنفترض تفسيرين لظاهرة الموت المتزايد لدى العاملين في الطبقة الوسطى أولهما: قد يكون

بسبب أن نسبة الأشخاص الباقين على قيد الحياة في هذه الطبقة في الأعمار الشابة إذ يصلون أواسط العمر بمقاومة عامة أقل من الذين يتميزون بمقاومة عالية في الطبقة الفقيرة، وبذلك فقد يكون هؤلاء الأشخاص أكثر عرضة للاصابة بالأمراض والمخاطر التي تسود منتصف العمر وما بعده.

والتفسير الثاني : قد يكون في أن نسبة الموت المتزايدة في أواسط العمر سببها أنماط وأساليب الحياة لهذه الطبقة، فالأعمال التي تتطلب الجلوس الكثير تفضي إلى السمنة والتوتر المهني الشديد، كما أن التدخين الزائد يسهم في الإصابة بمرض الشريان التاجي وبسرطان الجهاز التنفسي، وهذه المواصفات تنطبق بالدرجة الأولى على ذكور الطبقة الوسطى ؛ أما النساء في هذه الطبقة فإنهن يملكن أفضل ما في الطبقتين أي أنهن لا يعانين من العجز الصحي الذي يرافق الأعمال التي تتطلب جلوساً كثيراً، كما يحدث لأزواجهن، وفي نفس الوقت فإنهن يحصلن على الرعاية الصحة الجيدة، فضلاً عن أن إناث الطبقة الوسطى يتمتعن بطول حياة أكبر ونسبة وفيات أقل قياساً بشرائح المجتمع الأخرى ولكن قد تتغير هذه الإحصائيات كلما زاد دخول النساء إلى ميدان العمل وعرضن أنفسهن للضغوط المهنية التي يعاني منها الرجال الآن.

وباستثناء الوفيات التي يسببها سرطان الثدي والأعضاء التناسلية فإن نسب الموت لدى الإناث أقل من الذكور لكل الأسباب الأخرى، وبغض النظر عن الحالة الزوجية، (والجدول التالي أ) يبين نسبة الوفيات المتوقعة للذكور والإناث وفقاً للحالة الزوجية وسبب الوفاة، وقد استخدمنا نسب الوفيات للذكور المتزوجين البيض كمعيار لحساب النسب المتوقعة للمجاميع الأخرى، وفي كل الحالات تقريباً فإن الإناث يعمرن أكثر من الذكور، والاستثناء الوحيد هو الوفيات بسبب سرطان الأعضاء التناسلية فالإناث المتزوجات تقل نسبة وفاتهن ثم تليهن العازبات فالأرامل

فالمطلقات ؛ أما كون الشخص متزوج فذلك أمر مفيد سواءً للبيض وغيرهم فنسب الوفاة بين المتزوجين من غير البيض ذكوراً وإناثاً هي أقل من مثيلاتها عند العزاب والأرامل والمطلقين.

وهنا أسباب عديدة في أن يعيش المتزوجون أكثر من غيرهم (والفصل الخامس سيناقش ذلك بشكل مفصل) وباختصار فمن المحتمل أن الأشخاص المتزوجين يتمتعون بمستوى معيشي أعلى ورعاية صحية أفضل ويتلقون تغذية أجود من غيرهم، وعليه فمن المحتمل أن يصبح الاختيار مهماً لأن الأشخاص الأكثر صحة والأكثر حيوية على الأغلب هم الذين يتزاوجون.

إن المقارنة بين الجدولين التاليين (أ و ب) تسلط الضوء على بعض الفروقات المهمة بين البيض وغير البيض، وبصورة عامة فإن أكبر وأوضح فرق هو أن نسب الموت لغير البيض أعلى من البيض ولكلا الجنسين والبحث يكشف لنا عن فروقات طريفة أخرى فالموت بسبب الأمراض القلبية والانتحار عند الذكور غير البيض هو أقل منه عند الذكور البيض، ومن ناحية أخرى فإن الوفيات الناتجة عن القتل أعلى بعشر مرات لدى الذكور غير البيض من نظرائهم البيض، وكذلك الحال بالنسبة للنساء.

جدول (1) يبين: نسبة الوفيات لكل مائة ألف من السكان ونسبة التوقع[1] إلى نسبة الوفيات المعيارية للأشخاص البيض بعمر 15 سنة فأكثر وفقاً للجنس والحالة الزوجية والأسباب الخاصة بالموت في الولايات المتحدة 1959-1991

الاسباب	النسبة الملاحظة		النسب وفقاً للحالة الزوجية							
			عزاب		متزوجون		أرامل		مطلقين	
	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث
كل الأسباب	146.8	1041.5	1.52	0.72	1.00	0.59	1.69	0.78	2.24	0.82
الاورام الخبيثة للاعضاء الهضمية وغشاء البريتون	83.6	66.8	1.27	0.79	1.00	0.70	1.32	0.82	1.54	0.79
الآفات الوعائية المؤثرة على الجهاز العصبي المركزي	148.2	155.2	1.39	0.91	1.00	0.82	1.46	1.02	1.79	1.07
أمراض تصلب الشرايين ويضمنها أمراض الشرايين التاجية	531.2	302.1	1.31	0.45	1.00	0.41	1.40	0.54	1.76	0.52
تشمع الكبد	22.3	10.4	2.65	0.48	1.00	0.56	3.97	1.12	6.26	1.47
الأمراض الخبيثة للأعضاء التناسلية	25.1	35.2	0.95	1.76	1.00	1.51	1.12	1.99	1.36	2.42
حوادث المرور	41.1	13.1	1.69	0.33	1.00	0.37	3.76	0.97	3.88	0.86
القتل	4.8	1.8	2.05	0.26	1.00	0.43	3.47	1.35	7.23	1.99
الانتحار	25.4	7.4	1.94	0.42	1.00	0.31	4.30	0.63	4.18	1.01

(1) استخدم توزيع العمر للذكور البيض المتزوجين كمعيار لحساب النسبة المتوقعة ما عدا حالات سرطان الثدي استخدمنا مقياس توزيع العمر للنساء البيض المتزوجات (المؤلف)

المصدر: المركز القومي للاحصائيات الصحية، قسم الاحصائيات الحيوية، جداول غير منشورة

جدول (ب) يبين: نسبة الوفيات الملاحظة لكل مئة ألف من السكان والنسب المتوقعة[1] إلى نسبة الوفيات المعيارية للأشخاص السود الذين تتراوح اعمارهم 15 سنة فاكثر وفقاً للجنس والحالة الزوجية والأسباب الخاصة بالموت في الولايات المتحدة 1959-1991

الأسباب	النسبة الملاحظة		النسب وفقاً للحالة الزوجية							
			عزاب		متزوجون		أرامل		مطلقين	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
كل الأسباب	1515.5	1114.1	1.90	1.15	1.18	0.82	2.54	1.46	2.41	1.10
الاورام الخبيثة للأعضاء الهضمية وغشاء البريتون	85.2	51.5	1.66	0.82	1.22	0.66	2.12	1.04	6.12	0.94
الآفات الوعائية المؤثرة على الجهاز العصبي المركزي	187.4	189.0	2.07	1.78	1.65	1.45	3.16	2.60	2.69	1.73
أمراض تصلب الشرايين ويضمنها أمراض الشرايين التاجية	309.3	203.8	2.11	0.52	0.66	0.38	1.29	0.68	1.14	0.51
تشمع الكبد	20.3	12.6	3.04	1.34	0.94	0.65	2.98	1.53	4.01	1.49
الأورام الخبيثة للأعضاء التناسلية	31.5	47.1	1.50	2.96	1.61	2.24	2.48	3.79	2.44	3.45
حوادث المرور	48.6	12.2	2.21	0.44	1.25	0.35	2.97	0.71	3.02	0.59
القتل	5401	13.7	21.14	4.17	10.41	3.07	37.26	6.41	33.68	5.80
الانتحار	12.2	3.0	0.91	0.11	0.46	0.11	1.77	0.28	1.15	0.22

(1) استخدم توزيع العمر للذكور البيض المتزوجين كمعيار لحساب النسبة المتوقعة ما عدا حالات سرطان الثدي استخدمت مقياس توزيع العمر للنساء المتزوجات من السود .

المصدر: المركز القومي للإحصائيات الصحية، قسم الإحصائيات الحيوية، جداول غير منشورة

نسب الوفيات : مقارنات عالمية

ليست الولايات المتحدة هي التي تمتلك أقل نسبة وفاة في العالم فهناك العديد من البلدان الأصغر لديها نسب أقل بينما معظم البلدان لديها نسب أعلى من تلك التي في الولايات المتحدة، إن نسبة الوفاة لكل ألف فرد من السكان في العالم هي (14 فرداً حصة الولايات المتحدة منها (9 أفراد)، (والجدول التالي) يقدم عرضاً موجزاً لنسب الوفاة في عدة بلدان وكما هو متوقع فإن نسب الوفاة عالية في البلدان المتخلفة ومنخفضة في البلدان المتقدمة.

جدول يبين الوفاة لكل ألف شخص : مناطق وبلدان مختارة من العالم 1990

المناطق	نسب الوفيات
أفريقيا	21
آسيا	15
أوروبا	10
أمريكا اللاتينية	10
أمريكا الشمالية	8
مناطق المحيطات	10
العالم	14
انجولا	30
كندا	7
تشيلي	9
الصين	9
كوبا	6
فرنسا	10
هونك كونك	5

المناطق	نسب الوفيات
كينيا	18
الكويت	7
المكسيك	8
بولندا	8
رومانيا	9
العربية السعودية	23
سنغافورة	5
السويد	11
الولايات المتحدة	9
روسيا	9

المصدر/ الأمم المتحدة: إحصائيات حيوية وسكانية. سلسلة أوراق إحصائية 2243-1991

مكـــان الوفــــــــــاة

لقد أهملنا البيانات حول مكان حدوث الوفاة في الولايـات المتحـدة علـى الـرغم من أننا نستطيع الحصول على هذه المعلومات من شهادات الوفـاة، والواقـع أن معظـم البيانات الدولية الحديثة عن مكان الوفاة ترقى إلى عام 1958، أما تقديم الاحتمـالات للسنوات التي تسبق هذا التاريخ فبالإمكان الحصول عليها من البيانات المحلية المتـوفرة، ويبين الجدول التالي بأن الميل كان باتجاه إعداد متزايدة في الوفيات بالمؤسـسات الطبيـة، ففي عام 1949 حدثت تقريباً 50٪ من كل الوفيات في المستشفيات، أمـا خـلال عـام 1958 فقد تزايدت الوفيات إلى 61٪ مع أغلبيـة كـبيرة مـن الوفيـات الـتي وقعـت في المستشفيات العامة.

وتشير البيانات المتوفرة عن مدينة نيويورك بأن هذا الاتجاه مستمر في الزيادة، فقد تزايدت النسبة المئوية للوفيات في المؤسسات الطبية باطراد من 66٪ في عام 1955 إلى 73٪ في عام 1967، وتظهر الوفيات التي تحدث في البيت انخفاضاً مطرداً أيضاً مع مرور الوقت (من 31٪ عام 1955 إلى 14٪ في عام 1967).

إن ازدياد نسبة الوفيات في المؤسسات الصحية له نتيجتين مهمتين على الأقل، **الأولى:** أنها تعني بأن الفريق الطبي أصبح جزءاً مهماً في حياة الشخص المحتضر طالما أن هؤلاء الناس هم أكثر الذين يحتاجهم المريض ويتفاعل معهم قبل وفاته، فقد يُعوِّل المريض على سبيل المثال على الفريق الطبي في منحه الإسناد العاطفي والاجتماعي، بالإضافة إلى الرعاية الطبية، وهذا من المحتمل أن يسبب المشاكل للفريق الطبي والمريض على حد سواء، وسوف نتعرض لهذه المشاكل بتفصيل أكثر فيما بعد عندما نناقش تفاعلات الفريق الطبي مع المريض المحتضر، أما **النتيجة الثانية** فهي أن الموت أصبح بعيداً من حياتنا اليومية وهناك شعور لدى بعض الأشخاص بأن تجنب الحديث عن الموت والمواضيع المرتبطة به يعزى إلى بعد الموت وعدم وجوده في بيوتنا، والمعتاد أن يكون التعرض للموت على أنه تجربة طبيعية ومألوفة، كما أنه عنصر أساسي ووجهة نظر مكتملة لا تدعو إلى القلق على الحياة.

جدول يبين العدد والنسب المئوية للوفيات التي تحصل في المؤسسات الصحية وفقاً لنوع الخدمات المقدمة فيها – الولايات المتحدة 1949- 1958

	1958		1949	
	الاعداد	النسبة المئوية	الاعداد	النسبة المئوية
الوفيات الكلية	1. 647. 886	100. 0	1. 443. 607	100. 0
ليس في المؤسسات الصحية	644. 548	39. 1	728. 797	50. 5
في المؤسسات الصحية	1. 003. 338	60. 9	714. 810	49. 5
نوع الخدمة في المؤسسات الصحية				
مستشفى عام	784. 360	46. 6	569. 867	39. 5
مستشفى توليد	1. 862	0. 1	2. 240	0. 2
مستشفى التدرن	9. 097	0. 6	13. 627	9..0
الأمراض المزمنة ودور النقاهة وبعض المستشفيات الخاصة	24. 180	1. 5	12. 402	09.
مستشفيات الأمراض العصبية والعقلية	57. 675	3. 5	45. 637	3. 2
دور النقاهة والتمريض ودور المسنين..الخ	98. 444	6. 0	22. 783	1. 6
مؤسسات ايواء وإقامة	3. 646	0. 2	41. 841	2. 9
نوع خدمات غير معينة	24. 074	1. 5	6. 904	0. 4

المصدر: ليرنر، ديمغرافية الموت في إي إس شيندمان، الموت وجهة نظر حديثة بالواكتو، كاليفورنيا/ مايفيلد 1976 ص140

الفصـــل الرابع

المظهر النهائي للحياة

The Terminal Phase Of Life



المظهر النهائي للحياة

إن مشهد فترة الاحتضار الطويل في المستشفيات أو المؤسسات الأخرى المشابهة يجب أن يشاهده أكبر عدد ممكن من الناس، لاسيما وأن أكثر من ثلثي حالات الوفاة تحدث الآن في المستشفيات ودور التمريض أو في مؤسسات مماثلة، ولعل من أكثر الأمور تعاسة هو أن الوفيات غالباً ما تكون نتيجة المرض المزمن الطويل كالسرطان مثلاً أكثر مما تكون نتيجة المرض القاتل السريع مثل ذات الرئة، وكنتيجة لذلك فإن على المريض وأطباء الرعاية الصحية وأفراد العائلة أن يتعلموا كيفية التعامل مع المرحلة النهائية لحياة الفرد والتي قد لاتكون طويلة.

تبدأ المرحلة النهائية للحياة عندما نعطي المريض المصاب بمرض مزمن احتمالاً عن تدهور حالته الصحية بشكل سريع مع توقع موته خلال فترة معينة، والتدهور المقصود هنا يختلف عما يحصل في الشيخوخة الاعتيادية اذ يرافقه انخفاض حاد ومفاجئ في درجات الاختبارات ا لنفسية والعقلية مما يشير إلى تدعو الجهاز العصبي المركزي وتوقع فقدان الأمل بشفاء المريض، فقد يصاب شخص ما بمرض ميؤوس منه كالسرطان مثلاً وهذا بالطبع سيقتله لا محالة، ولكن قد يكون المرض موجوداً وكامناً أو في حالة سبات غير أنه ما أن ينشط حتى يبدأ التدهور النهائي للحياة الذي لا يمكن معه تخفيف حدة المرض.

والأطباء لا يقومون بالتشخيص النهائي بسهولة بل يستنبطون قراراتهم ببطء بعد أن يجروا الكثير من الفحوصات بقصد التشخيص، وبعد أن يجربوا علاج المريض بكل ما يتوفر لديهم من عقاقير، وقد يقبل الطبيب وتحت ظرف معين تشخيصاً هو

غير متأكد منه تماماً مفضلاً ذلك على اخضاع المريض لفحوصات أخرى مؤلمة ومنهكة، وقد يقرر في النهاية أن الحالة العامة للمريض تعني أنه يحتضر.

كذلك فإن من الضروري أن يعرف الأشخاص الذين يهتمون بالمريض ما إذا كان الشفاء ممكناً، فالتشخيص الدوري يقتضي تغييراً في ستراتيجية العلاج وعمل كل شيء ممكن لإراحة المريض والعناية به في أيامه الأخيرة، وهذا يستلزم قراراً آخر هو إمكانية التركيز على العلاج الذي يجب أن يخفف الألم أو يطيل الحياة، وهذه الأهداف قد تبدو متناقضة لأن العقار المفيد لتخفيف الألم كالمورفين على سبيل المثال ربما يقصر عمر المريض.

إذاً كيف يمكن حل هذه الصراعات التي لا تتعلق بالمريض وحسب بل بكل الأفراد المرتبطين به ؟ وهنا سنتعرض بالتفصيل للنتائج النفسية والاجتماعية النهائية للمريض وعائلته والمسؤولين عن رعايته والعناية به في الجزء التالي من هذا الفصل، ولذلك فقد تم اختبار ثلاثة أوجه للمرحلة النهائية للحياة.

الأول: هو اختبار التفاعل بين الفريق الطبي والمريض المحتضر مع إعطاء أهمية خاصة لتدفق المعلومات بين الأطباء والمرضى.

الثاني: اختبار المسار الانفعالي للمريض المحتضر والاهتمام الكبير بالمراحل الانفعالية التي يمر بها عندما يقترب من الموت.

الثالث : مناقشة الاحتياجات الخاصة بالمريض المحتضر وطرق تلبية هذه الاحتياجات.

أولاً: التفاعل بين الفريق الطبي والمريض المحتضر

سنناقش في هذا الجزء الاتجاهات والسلوكيات التي تميز بشكل نموذجي ذلك التفاعل بين المعالجين والمريض المحتضر وسوف نركز على الكيفية التي ينظر بها الأطباء والكادر الطبي إلى الموت والاحتضار، بل على مشاعر المريض المحتضر وما يتعلق بحالته والعلاج الذي يتلقاه، والهدف من كل ذلك هو تحقيق بعض من الفهم للحالة الصعبة التي يمر بها المحتضر، ولماذا يتوجب علينا إخباره أو عدم إخباره بحالته، وأخيراً لتحديد أسلوب الكادر الطبي في كيفية رعايته ومعالجته.

لقد لاحظ العديد من الباحثين بأن الأطباء يتجنبون المرضى حالما يدخلون مرحلة الاحتضار، ولتفسير سلوك التجنب هذا ركز الباحثون على كل من تدريب الأطباء أو على شخصياتهم، فقد كانوا يؤمنون بأن البناء الاساسي للشخصية هو المسؤول عن سلوك الطبيب تجاه المحتضر معتقدين أن بعض الأشخاص يصبحون أطباء بسبب خوفهم (المغالى فيه) من الموت، ويمكن تفسير هذا أيضاً على أنه محاولة للسيطرة على الموت، وربما أيضا أن جزءاً من الدوافع النفسية للطبيب هو أن يشفي نفسه ويعيش إلى الأبد، كما أنه يتمنى أيضاً أن يكون عالماً لكي يصل إلى لغز الحياة من خلال معالجة الناس وكأنهم أشياء.

وفي دراسة أجريت على طلبة الطب في جامعة أيوا وجد الباحثون بأن الطلبة المحافظين سياسياً لديهم قدراً عالياً من التسلطية، ويظهرون عداءاً مستتراً نحو آبائهم، وينزعوا لأن يكونوا مستبطنين وكابتين لمشاعرهم وقامعين لمخاوفهم اللاشعورية، ولذلك فإن قلق الموت الظاهر لديهم يكون أقل، وكنتيجة لذلك فإن هؤلاء الطلبة يعملون بارتياح في مجالات يكون الموت فيها شائعاً نسبياً كالجراحة مثلاً ؛ ومن ناحية

أخرى فإن الطلبة الذين تقل لديهم النزعة التسلطية يدركون المضايقات والازعاجات التي يسببها لهم قلق الموت، لذلك فهم يختارون مجالات يكون الموت فيها غير شائع الحدوث كالطب النفسي مثلاً، وهذه النتائج تؤيد الفرضية القائلة بأن الطلبة الذين يتجهون نحو الحقول النفسية هم أقل تسلطية ويظهرون قلق موت أعلى من الطلبة الذين يتجهون نحو الحقول الجراحية. وبغض النظر عن سنوات التدريب فإن هذه الحقيقة تبدو صحيحة لأن طلبة الطب قد قرروا مجال اختصاصهم عند دخولهم لدراسة الطب لأول مرة، وهذا القرار يحدده بناء الشخصية لدى كل واحد منهم إلى حد ما، فضلاً عن العديد من المتغيرات الأخرى كالذكاء مثلاً.

وبدون شك فإن بناء الشخصية للطبيب يتعزز بالتدريب الطبي الذي يؤكد على نمط التفاعل بين الطبيب والمريض، كذلك فإن من المفترض أن يرتبط الطبيب مع المريض ارتباطاً وجدانياً ولا ينسى أن يكون موضوعياً أيضاً، فضلاً عن أن من خصوصيات التدريب الطبي دائماً هو التركيز على إنقاذ الارواح بإستثناء التعامل مع المرضى الذين تم ابلاغهم بأنهم مرضى ميؤوس منهم.

وربما يكون أهم قرار يتخذه الطبيب عندما يصبح مريضه في المرحلة الأخيرة من حياته هو إمكانية إخباره بحالته أم لا، وهناك الكثير من الأدبيات التي توجه الطبيب للإجابة على هذا السؤال غيرأن القلة من الباحثين هم الذين حددوا إلى أي مدى يمكن إتباع هذه النصيحة أو تلك، ففي مقالة موجهة إلى الأطباء نصح (لازانا Lazana 999) الأطباء بأن لا يكذبوا على المريض الميؤوس منه فيما يتعلق بحالته الصحية وأوصى أيضاً بأن يتم إعلام أقرباء المريض مسبقاً، وشدد على دور الطبيب في مساعدة المريض لكي يصل إلى قبول هادئ لموته وذلك من خلال التفاعل الصميم بينهما، كما أوصى بأنه يتعين على الطبيب أن يكوّن فهماً واقعياً عن مريضه وأن لا

يكون إنتقائياً في اختيار أيٍّ من المرضى يجب إخباره عن حالته وأيهم يترك ليواجه مصيره دون علم منه عن حتمية هذا المصير، لأن عدم معرفة المريض بحالته قد يحرمه من فرصة الاتصال الملائم بالأطباء والأصدقاء رغم أن هناك بعض الأفراد يخشون الموت كثيراً ولا يرغبوا بمواجهة مثل هذه المعلومات، كذلك فإن المرضى الذين يتم إخبارهم بما سيؤول إليه وضعهم يجب أن لا يكونوا كما لو أننا نسلبهم من كل أمل، وعلى الطبيب أن لا يترك مريضه يشعر أبداً كما لو أنه يلعب آخر ورقة لديه، وأنه ليس أمامه أي شيء آخر يمكن أن يفعله.

إن ما يدعم الاستنتاج القائل بأن علينا أن نخبر المريض بحالته قد تأكد بعد عدة سنوات من ملاحظة المرضى فقد تبين بأن أغلب المرضى يعلمون عن حالتهم من خلال التلميحات التي تصدر عن بعض أعضاء الفريق الطبي حتى عندما لايتم إخبارهم عن حالتهم بصورة مباشرة، وتبدو هذه التلميحات واضحة أيضاً من خلال الملامح والتعبيرات الوجهية والسلوك التجنبي لمناقشة حالة المريض أمامه.

ولقد انكب العديد من الباحثين لمناقشة السؤال الذي يدور حول ما إذا كان يتعين علينا إخبار المرضى المصابين بسرطان قاضٍ على الحياة بحالتهم أم لا؟ وكان الاجماع مرة أخرى أن نكون صادقين ولكن بلطف فللمريض حق قانوني في أن يعلم بحالته وأن الأمانة هي أفضل سياسة في نهاية المطاف، كذلك فإن التعامل مع الموضوع لحظة بلحظة أفضل من التخطيط المسبق، وفي معظم الحالات ينصح الأطباء بوجوب إخبار المريض ولكن على الطبيب أن يترك المريض ليكون هو المبادر بذلك من خلال المعلومات المتدرجة التي تقدم له والطريقة التي سيبلغ بها.

وفي دراسة مسحية عن طريق البريد أجراها (بيرسي 1998)على عينة مؤلفة من 442 طبيباً في فيلادلفيا وجد أن ثلثي الأطباء أفادوا بأنهم نادراً ما أو أنهم لايكشفون

عن تشخيصهم للسرطان المميت لمرضاهم، أما (كالدويل 1999) من ولاية ديترويت فقد أجرى دراسة على عينة قوامها 73 طبيباً من المشاركين في مشروع ستراتجيات العمل مع المرضى المحتضرين، وعند استخدام الباحث لأسلوب المقابلة مع المبحوثين من الأطباء وجد أن 60 طبيباً منهم قد رفضوا اكمال المقابلة عندما وجدوا أن الأسئلة تتعلق بمواقفهم تجاه المريض المحتضر وأفاد البعض منهم أن سبب رفضه هو الأفكار المبهمة التي انتابته إزاء هذا الموضوع والتي لايجد لها أي شكل من أشكال التعبير عنها، اما باقي أفراد العينة (13) فقد أكملوا المقابلة واتفقوا على أن من حق المريض المحتضر أن يعرف أن داءه عضال ويصعب شفاؤه، واعترف اثنان منهم بأنهما يخبران المريض بداءه المميت، وهذه النتائج تعكس مدى التناقض بين الاتجاه والسلوك، فالأطباء يجدون أن إعلام المريض هي حقاً مهمة صعبة جداً من الناحية النفسية، وأنها ليست من مسؤوليتهم، وإذا كان لابد من إخبار المريض فإنه يتعين أن يقوم بهذه المهمة شخص ما غير الطبيب.

وفي دراسة أكثر شمولاً قام (روكن 2000) بدراسة سلوك الأطباء لمعرفة ما اذا كانوا يخبرون مرضاهم بإصابتهم بالسرطان، فضلاً عن دراسته للأسباب التي تبرر سلوكهم هذا، فقد أرسل استبياناً إلى 219 عضواً من الكادر الطبي لمستشفى مايكل رايت (وهي مستشفى تعليمية خاصة في شيكاغو) وقد استلم 95٪ من هذه الاستبيانات، كما أنه قابل 30٪ من هؤلاء المتعاونين فيما بعد، أما النتائج فقد كانت متساوقة مع سابقتها إذ أشار 90٪ من المستجيبين إلى أنهم لا يخبرون مرضاهم بمرضهم، أما الذين أشاروا إلى أنهم يخبرون مرضاهم بذلك فقد استخدموا تعابير خفيفة للإشارة إلى السرطان كمرض عضال مثل (ورم، تكاثر الأنسجة المرنة على نحو غير سوي، آفة، تضخم..) وقد كان السبب الرئيسي الذي قدمه هؤلاء لتبرير قيامهم

بإخبار المريض هـو الجانـب المـالي أي أن بعـض المرضـى يجـب أن يأخـذوا فرصـتهم لترتيب شؤونهم المالية قبل أن يباغتهم الموت، أما الذين رفضوا إخبـار المـريض بمرضـه فقد أشاروا إلى أن ذلك يتعلق بأسباب نفسية ووجدانية، فضلاً عن اعتقادهم بأن مجـرد معرفة المريض بأنه مصاب بالسرطان فإن ذلك يعني الحكم عليه بالموت، كمـا أنـه يعـد أسلوباً فظاً وقاسياً ويزيد من عذاب المريض وصراعه مع المرض.

كذلك فإن روكن في دراسته هذه قـد أراد أن يعـرف المـصدر الأساسـي لـسياسة الطبيب في عدم إخبار المريض بمرضه فوجد بأن 5٪ منهم استقوا ذلـك مـن دراسـتهم الطبية أو من مستشفيات التدريب أو مراكز الرعاية الـصحية الـتي انخرطـوا في برامجهـا التدريبية، وقد أشار أغلبهم (77٪) إلى أنهم استندوا في سلوكهم هذا إلى الخبرة الطبيـة في هذا المجال مما يعني أن الأطباء الأصغر سناً يجـب أن يـشيروا إلى الخـبرة بـشكل أقـل كمحدد لسلوكهم المهني في هذا الصدد، إلا أن الباحث وجد عكس ما توقعه، إذ أشـار هؤلاء أيضاً إلى عامل الخبرة كعامل محدد في هذا السلوك، لـذلك فـإن روكـن اسـتنتج بأن ادعاءات الأطباء المبنية على الخبرة لم تكن دقيقة وان السلوك الطبي لكـل فـرد مـن أفراد العينة كان مبنياً في الغالب على (الرأي، الإيمان، الاقناع) ولـيس علـى الملاحظـة النقدية.

مواقف وسلوكيات الفريق الطبي

على الرغم من أن ما كتب عن الفريق الطبي هو أقل مما كتب عـن الأطبـاء إلا أن هناك بعض الأدبيات والبيانات المتعلقة بـسلوك الممرضـين والممرضـات تجـاه المحتـضر، وهناك العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الشأن منها دراسة بيرلمـان الـذي قـام بمقابلة 68 ممرضاً وممرضة في مختلف المؤسسات الصحية (مستشفيات رسمية وبيـوت

تمريض) فوجد أن الذين يمتلكون خبرة وافية عن الوفاة كانوا يتجنبون المريض المحتضر ويشعرون بصعوبة في مناقشة الموت معهم أكثر من المرضين والمرضات من ذوي الخبرة الأقل، واستخدم بيرلمان ساعة توقيت لقياس المدة التي يستغرقها الممرض والممرضة للإجابة على نداءات المحتضر الميؤوس منه، فوجد بأنهم يستغرقون وقتاً أطول لتلبية هذه النداءات قياساً بالمرضى الأخف مرضاً، وبصورة عامة فقد وجد أن الممرضين من ذوي الخبرة قد تعلموا كيفية التعايش مع الموت وذلك بتجنبه أو إنكاره، من جهة أخرى فقد أكد الممرضون من ذوي الخبرة الأقل على الحاجة إلى المحاضرات والحلقات الدراسية المتعلقة بإدارة المريض المحتضر لتعلم الوسائل المناسبة في كيفية التعامل مع الموت.

وهناك سؤال آخر يتعلق بالمرضين في هذا السياق : ترى كيف يجيب هؤلاء مرضاهم عندما يواجهونهم بطروحاتهم المباشرة عن الموت ؟ وعن هذا التساؤل قامت (اليزابيت كوبلر روز 1998) بسؤال 200 مرافقاً وممرضاً في مستشفى خاص بالمسنين تناولت فيه الكيفية التي يجيب بها الممرضون والممرضات عندما يسألهم المرضى مثل هذه الأسئلة (أعتقد بأنني على وشك الموت قريباً أليس كذلك ؟ أتمنى لو أعرف متى سأموت ؟ هل تستطيع أن تتنبأ بما تبقى لي في هذه الحياة ؟..)

وقد أشارت النتائج إلى خمس فئات عامة من الإجابات هي:

1. **التطمين** : مثل (إنك تتحسن، يجب أن لا ينتابك شعور الموت باستمرار، عليك أن تكون متفائلاً وواثقاً..)
2. **الإنكار**: مثل (إنك لا تعني هذا حقاً فأنت لن تموت وستعيش حتى تبلغ المئة من عمرك..)

3. **تغيير الموضوع**: مثل (دعنا نفكر بشيء أكثر بهجة، إن عليك أن لا تقول مثل هذا الكلام، هناك أشياء أفضل يمكن التحدث بها..)

4. **الجبرية (أو الإيمان بالقضاء والقدر)** : مثل (سوف نموت جميعاً في وقت ما وأفضل شيء أن لا نعرف متى، عندما يختارنا الله فإنه سوف يأخذنا..)

5. **المناقشة** : مثل (ما الذي يجعلك تشعر هكذا اليوم ؟ هل حدث شيء ما؟ هل قال لك أحد ما شيئاً أزعجك؟

وكانت أغلب الإجابات العامة على شكل التجنب أو الجبرية أو الإنكار أو تغيير الموضوع، وتبين أن 82٪ من المستجيبين قد تهربوا من مناقشة طروحات المريض وأفكاره ومشاعره وحاولوا تفادي الأسئلة الملحة للمرضى بسرعة ولباقة قدر الإمكان، ولتفسير هذا السلوك فإن هناك سببين هما:

1. إن الممرضين والمرافقين يريدون من المريض أن لا يشعر بأقل قدر ممكن من الضيق والكآبة، وأن أفضل طريقة لذلك هو تحويل تفكيره إلى شيء آخر.

2. إن الممرضين والمرافقين يريدون حماية أنفسهم، وقد أفصح أغلبهم عن هذه الحقيقة، وأشاروا إلى أن التحدث عن الموت مع المرضى يولد لديهم شعوراً غير مريح، ويرفع من درجة الضيق والتوتر لدلبهم قد لا يمتلكون التدريب الكافي للتعامل مع أمور خطيرة كهذه، أو لأنهم يرغبون في حماية أنفسهم من ارتكاب الأخطاء، لذلك فهم يلتزمون بالتركيز على روتينية العمل وتطبيق اللوائح حتى لو مالت بهم إلى الانصراف عن المريض الذي يعتنون به.

رغبة المريض بمعرفة مصيره

يحاول اغلب المحتضرين أن يحصلوا على معلومات عن حالتهم والمآل الذي سيصلون اليه حتى وإن لم يتم اعلامهم بصورة مباشرة، ويستخدم المرضى في مثل هذه الحالة آلية غريبة فيظهرون على أنهم لايمتلكون تصوراً واضحاً عن حالتهم وكيف ستكون نهايتهم ومتى؟ وفي الواقع فإنه يصعب الفصل بين ما يعرفه المريض وبين الذي يرغب في قبوله، ولعل أفضل تصنيف لمعظم المرضى هو أنهم وفي حالة من الحقيقة غير المؤكدة يعرفون ما يمكن أن نسميه (المعرفة المتوسطة middle knowledge) اي أنهم يدركون إلى حد ما بأنهم لن يتعافوا، ولذلك فهم يتأرجحون بين المعرفة وتصديقها، أو عدم المعرفة وإنكارها، وهذا بالطبع يرفع من توترهم وقلقهم.

وعلاوة على ذلك – وكما أشرنا سابقاً ـ فإن الذين لديهم أمراض جسمية مزمنة هم أكثر ادراكاً للاحتضار، لذلك فإن الاكتئاب والألم الجسماني والمرض الطويل هي كلها عوامل مرتبطة ببعضها في حالة المرضى المحتضرين، ومن هنا يمكننا أن نذهب بصورة منطقية إلى أن المرض البدني أو المزمن قد يُفضيان إلى الاكتئاب وادراك الاحتضار، أو بالعكس فإن الاكتئاب ربما يفضي إلى المرض المزمن والآلام البدنية الشديدة وبالتالي إلى ادراك الاحتضار.

وقد قام العالم النفسي الفنلندي المعروف فوكونين Vouhkonen بإجراء مقابلة مقننة مع 100 مريض بالسرطان المتقدم لمعرفة كيفية حصولهم على المعلومات المتعلقة بمرضهم، فوجد أن 40 مريضاً قد تم إخبارهم بطريقة عفوية أو عرضية، وأن 29 مريضاً منهم كانوا هم قد سألوا عن نتيجة التشخيص وتلقوا إجابة صريحة عن

مرضهم، اما المرضى الباقون وهم 31 مريضاً فإنهم كانوا رافضين أن يخبرهم أحد عن حالتهم، ولم يسألوا أياً من المجموعة الطبية التي كانت تشرف على رعايتهم عن نوعية مرضهم، وألمح ستة من مرضى هذه المجموعة إلى أنهم رغم عدم سؤالهم إلا أنهم كانت لديهم شكوك قوية بالإصابة بالسرطان، وكانوا خلال المقابلة يتجنبون النقاش مع الباحث حول المرض.

ثانياً: المسار الانفعالي للمريض المحتضر

لقد ناقشنا لحد الآن رغبة المريض في معرفة حالته ولكننا لم نقل الكثير عن الحالة الوجدانية أو العاطفية التي تثيرها مثل هذه المعرفة، فالمعروف أن المريض المحتضر يميل في مواقفه العاطفية تجاه الموت إلى التباين مع مرور الوقت، وقد حددت روز في كتابها المعنون (في الموت والاحتضار) أربع مراحل عملية للمحتضر مبنية على ملاحظتها لمئتي مريض، وطبقاً لما أوردته روز فإن الإجابة الابتدائية للمريض عند معرفته بأن حالته نهائية تكون **صادمة ومفزعة** ، ثم ما تلبث أن تتحول تدريجياً كأول مرحلة مميزة في عملية الاحتضار إلى **الإنكار** وتصبح ردّة فعله من قبيل (كلا ليس أنا، غير ممكن أن يكون هذا صحيحاً، أنا أشك في نتائج الفحوصات..) وغالباً ما يرافق هذا الإنكار نوع من الغضب لأن المريض يشعر بأن خططه ونشاطاته قد أُحبطت وتحطمت وربما يردد البعض منهم (لماذا أنا ؟ لماذا لم يكن أي شخص آخر غيري ؟ ما أسوأ حظي؟...) ومن وجهة نظر الفريق الطبي وعائلة المريض فإن هذه المرحلة هي الأكثر ازعاجاً لأن غضب المريض موجه تقريباً بصورة عشوائية لأي شخص في بيئته، وقد شددت روز على الكادر الطبي والعائلة بضرورة تجنب غضب المريض وتجاوزه بلباقة وكياسة.

أما المرحلة الثالثة فهي **المساومة**، وهي مرحلة قصيرة نسبياً فبعد أن كان المريض غاضباً ومتذمراً فإنه يقنع نفسه بأن بإمكانه أن ينجح في نوع من المقايضة ظناً منه أن ذلك ربما يؤجل موته فيغير من سلوكه وطباعه فيصلي أو يقوم بممارسات إيمانية حسبما يتاح له ذلك ويحاول أن يكون أكثر تفاؤلاً أو عناداً لما يمر به من أزمة، وتعطي روز مثالاً على ذلك لمريضة في مرحلة المساومة طلبت من المستشفى وقتاً كافياً لحضور زواج ابنها الأكبر وقد حضرت الزواج فعلاً وعادت في اليوم الثاني، ثم طلبت ثانية أن يسمح لها بحضور زواج ابنها الثاني عندما يحين وقته.

أما المرحلة الرابعة فهي **الاكتئاب** الذي يحدث بسبب التدهور الجسمي الفعلي أو المتوقع، حيث يشعر المريض بأنه قد أصبح أكثر ضعفاً ونحافة، وغالباً ما تفضي بعض الإجراءات الجراحية (مثل إزالة الثدي، أو جزء من الوجه..) إلى الاكتئاب العميق، وهنا توصي روز بضرورة تشجيع المريض خلال هذه المرحلة التي تتسم بالألم المبرح ودخول المريض إلى المرحلة الأخيرة من عملية الاحتضار وقبوله واستسلامه لكل ما يحصل له.

ومن خلال التحليل الذي قدمته روز فإنها ترى أن كل المرضى المحتضرين يدركون في ا لنهاية درجة الخطورة التي هم فيها، لذلك فإنهم لا يحتاجون إلا للدعم النفسي والعاطفي لكي يصلوا إلى نهايتهم بهدوء وسكينة، وإن على الفريق الطبي وعائلة المريض أن يكونوا أكثر حساسية وهم يتعاملون معه لحظة بلحظة.

والواقع أن روز لم تكن موفقة في تحديدها الإجراءات التقييمية لتعريف مراحل الاحتضار، وكذلك بالحكم من خلال المقابلة دعماً للنموذج الذي قدمته عن مراحلها، وكانت تعتمد على الحدس في تعريفها لكل مرحلة دون الاعتماد على نموذج مقنن للإجابات من المرضى، وهل أن هذه المراحل يمر بها كل محتضر بالضرورة

في شكل متسلسل ومتعاقب، ولذلك فإن البعض يرى أن القيمة التنبؤية لهذه المراحل لم تكن عملية وأن ترتيبها لا يمكن القبول به بسهولة رغم أنها قد بنت كل استنتاجاتها على المعلومات التي استقتها من خلال التفاعل الشخصي بينها وبين كل أفراد عينة البحث، وهذا ما دعى باحثين آخرين لوضع خطط بيانية للمسار الانفعالي للمريض المحتضر بطرق أكثر موضوعية، من ذلك ما قدمه (هينتون2000 Hinton)على سبيل المثال حيث قيّم المزاج، الألم البدني، مستوى الشعور، وادراك الاحتضار لدى 70 مريضاً محتضراً وقام بمقابلتهم شخصياً كل على انفراد ولمدة شهرين، ثم حلل بياناته التي أشارت إلى أن كل أفراد العينة قد شكوا من آلام جسدية مبرحة وطالبوا بزيادة الجرعات الدوائية المخففة للألم والمؤلفة من الكوكائين والمورفين، وهذه العقاقير رغم تأثيرها المهدئ للمريض إلا أن الاستمرار عليها لفترة طويلة ينتج عنه مضاعفات جانبية مثل تبدل المزاج، وتدني مستوى الشعور .

كما وجد هنتون أن غالبية المرضى يعانون من إكتئاب بمختلف الدرجات، وأن شدته تزداد كلما إقترب المريض من نهايته، وكانت توقعات الوفاة عموماً منخفضة بين المرضى الواعين، فقد أفصح نصفهم تقريباً عن تأكدهم من أنهم يحتضرون، وأن دنو أجلهم قد أصبح قريباً جداً، وقد توفي هؤلاء بالفعل خلال اسبوع بعد هذا التصريح، أما النصف الثاني فلم يتطرقوا الى ذكر الموت لكنهم أشاروا الى أنه أمر محتمل الوقوع لأي إنسان .

ومن خلال النتائج التي قدمتها روز ومن بعدها هنتون يتبين لنا مدى التباين فيما بينهما، ففي الوقت الذي أشار فيه مرضى روز الى أنهم يعرفون بأنهم مرضى لارجاء من شفائهم ...أشار هنتون الى أن نصفهم فقط كانوا متأكدين من قرب نهايتهم المحتومة، لكنهم كانوا ينكرون ذلك .

ورب من يقول بأن هذا التباين أمر طبيعي ومتوقع لإختلاف مجاميع المرضى لدى روز وهتون، ولكن هذا القول قد ينفي الفائدة العامة لهذا النهج من البحث لاسيما وأن روز قد كان مرضاها بالسرطان الميؤوس من شفاءه، بينما كانت مجموعة هيتون من مرضى السرطان المسيطر عليه .

أما ليبرمان 2000 فقد درس 25 رجلاً وإمرأة متطوعين من دور العجزة وقد إستخدم في دراسته سلسلة من الاختبارات والاستبيانات على فترات بين 3ـ4 أسابيع ولمدة ستين ونصف، وخلال إجراء الدراسة توفي ثمانية من أفراد المجموعة فأسماهم مجموعة الموت الوشيك (DIG)[1] وعندما راجع إجاباتهم وجدها تختلف عن إجابات الذين إستمروا معه الى نهاية الدراسة والذين أسماهم مجموعة الموت المؤجل (DDG)[2] لذلك فقد عزم على إجراء بعض المقارنات بين المجموعتين .

أما المقاييس والاختبارات التي اعتمدها في الدراسة فكانت اختبار بندر- جشتالت[3]Bender-GestaltTest واختبار إرسم شخصاً Draw-a-person[4] واختبار اسقاطي آخر يتألف من 12 رسم خطي، وقد أراد ليبرمان بهذه الوسائل أن يقيس الأنا والتوظيف الإدراكي والحالات المؤثرة طوال

(1) Imminent Group Death :DIG

(2) DDG:Death Delayed Group

(3) اختبار بندر جشتالك: اختبار اسقاطي يتألف من تسع بطاقات مرسومة تقدم للمريض ليرسم مثلها، يستخدم للكشف عن الاضطرابات النفسية المختلفة (المترجم)

(4) اختبار ارسم شخصاً: يطلب من المفحوص أن يرسم رسماً متقناً بقدر المستطاع ثم يطلب منه بعد الانتهاء أن يرسم شخصاً من الجنس الآخر، ويأخذ التحليل في اعتباره بعض العوامل مثل حجم الرسم الغريبة للأجزاء عند المريض وأن الاتجاهات والدفعات والصراعات تنعكس في الرسم وبشكل خاص مشكلات التوافق النفسي الجنسي (المترجم)

الوقت على المستجيب ؛ أما أبرز النتائج التي خرج بها فقد وجد أن مجموعتي الموت الوشيك كانت درجاتهم أقل بكثير من مجموعة الموت المؤجل، كذلك لاحظ أن هناك تغيراً واضحاً في أداء مجموعة الموت الوشيك نسبة إلى درجاتهم الأولية مما يعني أن مستوى التنظيم المقاس باختبار بندر ـ جشتالت كان منخفضاً وقد بدا ذلك واضحاً من حجم وأشكال وتعقد الصور التي رسموها، وقد عزى ليبرمان هذا التدني لمجموعة الموت الوشيك إلى التدهور النفسي والفسيولوجي العام بحيث أن قابلياتهم لتفسير التعامل مع المحفزات كانت قد ضعفت تاركة إياهم مع الانطباعات المخيفة بأنهم تحت رحمة المجهول القادم.

ثالثاً: تلبية احتياجات المحتضر

هناك اتفاق عام بين كل العاملين في المجال الطبي على أن أهم مايحتاجه المريض في مرحلة الاحتضار هو ثلاثة حاجات أساسية ومهمة هي:

1- الحاجة للسيطرة على الألم.

2- الحاجة لحفظ الكرامة وقيمة الذات.

3- الحاجة إلى الحب والتعاطف.

1. الحاجة للسيطرة على الألم: فالمعروف أن وسائل العلاج لأي مرض تتم عن طريق العقاقير أو الجراحات المختلفة وهذين الأسلوبين في الواقع يتحملهما المريض لوحده، ففي حالة الإجراءات الجراحية فإنه يتعين عليه أن يكون محدود الحركة وباشراف المختصين من أعضاء الفريق الطبي، اما العقاقير فإن المريض في مثل هذه المرحلة من المرض غالباً ماتكون أدويته مشتملة على المورفين والكوكائين وهي شائعة الاستخدام لتخفيف الألم، ومع ذلك فعند استخدام هذه العقاقير فإنه يتعين على

الممارس الطبي أن يجابه المسألة فيمن سيحدد جرعة العقار الذي سيتناوله المريض، وبما ان الطبيب هو من يتخذ القرار إلا أن هناك رأياً يقول: يجب أن يؤخذ رأي المريض بعين الاعتبار عندما يكون مدركاً بصورة أساسية لاحتمالية أن تحدث هذه العقاقير تقلبات داخلية أو مشكلات جانبية، ففي مستشفى القديس كريستوفر مثلاً استخدم الفريق الطبي ستراتجية ناجحة تتغلب على هذه المشكلة فعند اعطاء الهيروين كعقار كانت البداية مع جرعات قليلة ومتدرجة بحيث تحدث شعوراً بالخفة والنشاط لدى المريض بشكل عام وقد تعيده إلى بعض الوظائف السوية والطبيعية، وعند وصف الماريجوانا في بعض الحالات كانت تعطي نفس النتائج تقريباً.

أما استخدام عقار LSD [1] المخدر الذي يوصف للمرضى المحتضرين تخفيفاً لآلامهم، فقد بدأ استخدامه في المستشفيات منذ عام 1966 على يد ايريك كاست Eric Kast وهو طبيب تخدير في مستشفى مقاطعة كوك بولاية شيكاغو حيث حقن به 128 مريضاً بالسرطان المتقدم وكانوا يعانون من آلام مبرحة، وقد تبين أن هذا العقار فعال ويستمر تأثيره لمدة أطول من باقي العقاقير حتى بعد انتهاء مفعوله بفترة واحتفظ بعض المرضى باتزانهم وهدوئهم حتى بعد أن عاد الألم مجدداً.

من المعروف عموماً أن الإدراك الحسي للألم له محتويين أو عنصرين هما الإحساس الجسدي، ثم التفسير النفسي له، ويبدو أن LSD يؤثر على الأخير بينما المستحضر الأمنيوني يؤثر على الحس الجسدي، لذلك فإنه من الصعب التحديد فيما اذا كانت النتائج تعزى إلى العقاقير أو إلى العناية العلاجية.

---

(1)Lysergic Acid DiethyLamide (LSD)

عقار شبه قلوي متبلور يسبب الهلوسة والفصام المؤقت ، وفقدان الإرادة ، وعدم الاكتراث ، ويخفف من مشاعر الألم والضغط النفسي .(المترجم)

2. **الحاجة لحفظ الكرامة:** حالما تتم السيطرة على الألم فإنه يتعين تركيز الانتباه إلى تدعيم مشاعر المريض بكرامته وقيمته الذاتية، وتأتي الكرامة من مشاركة المريض في القرارات المتعلقة به، فالسيطرة على المرحلة النهائية لحياة الفرد هي بأهمية السيطرة على باقي حياته فمشاعر اليأس والعجز تنتج عندما يشعر الفرد بأنه قد أصبح غير قادر في السيطرة على مصيره فالمعاناة الطويلة، ونقص الفاعلية، والقدرة على التحكم في المصير تفضي إلى عجز معرفي وعاطفي، وهبوط الدافعية، وبالتالي فإن الفرد الذي يشعر بأنه يؤدي وظائفه بشكل رديء سوف يصاب بالاحباط ويصبح إنساناً منسحباً ومنطوياً وكئيباً.

وفقدان السيطرة التي نعنيها في هذا الصدد تأتي أيضاً من قلّة الحركة، وفقدان الحرية، وتسليم الأمر بيد الآخرين، فمثلاً كيف نستطيع أن نمنح المريض المصاب بمرض عضال الشعور بأنه يتملك قوة فعالة، وأن بإمكانه أن يفعل كل شي؟ وربما سيكون الأمر أسهل علينا لو أننا جعلنا من هذا المريض مشاركاً في برنامج معالجته بدلاً من جعله هدفاً في البرنامج الذي يرسمه ويخطط له الفريق الطبي، ومع ذلك فإن تحقيق مثل هذا الأمر ليس سهلاً، وهناك آراء متباينة بهذا الخصوص فهناك:

أ. مجموعة من الأطباء المقيمين يؤيدون استخدام سياسة التعامل مع المريض بالتدريج وخطوة بخطوة أفضل من وضع خطة مسبقة.

ب. أغلبية الأطباء المتدربين يرغبون في معرفة كل شيء مسبقاً تحسباً لأي طارئ.

ج. غالبية المرضى يرغبون في معرفة المعلومات التي تتعلق بهم وبضرورة أن يكون لهم رأي فيما يتعلق بحياتهم وبمصيرهم، ونحن نؤيد هذا الرأي

وندعمه لأن الحفاظ على كرامة المريض تقتضي أن يكون مشاركاً حقيقياً وشرعياً في القرارات المتعلقة بعلاجه، وربما يسهم هذا الإجراء في تخفيف الصدمة التي يعاني منها جراء مرضه وعلاجه، كما أنها قد تفيد في منحه السيطرة على نوعية وشدة الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، ولا شك ان كل ذلك سيكون مردوده أقوى وأكثر فاعلة مع المرضى غير النهائيين، وهذه فرصة نأمل أن يستثمرها كل العاملين في الفريق الطبي ولايفرطوا بها فهي جزء أساسي وانساني لابد أن يكونوا واعين لأهميته.

3. **الحاجة إلى الحب والتعاطف** : لاشك بأن الإنسان عليه أن يحب نفسه فحب الذات يتطلب عادة احترام الذات ومشاعر الطيبة والصلاح، لذلك فإن فوائد الحب تصل إلى أقصاها بعد أن تتحقق حاجة الفرد للكرامة، والمرضى المصابين بمرض قاضٍ ومميت عادة ما يتلمسون المحبة والتعاطف من خلال التماس أو الاتصال الجسدي كاللمس، أو التمسيد على الشعر، أو الاحتضان، أو الشعور بدفء الآخر وأريحيته.

وتعد الملامسة جزءاً من الرعاية الطبية والتمريضية لايمكن التفريط بها وهي سمة مهمة تعبر عن الحب وتنقله من فرد لآخر، ولذلك فإن من ضمن البرنامج المقدم للمرضين والممرضات العاملين بالقرب من المرضى هو كيفية التماس معهم والجلوس للحظات على سريرهم وبالقرب منهم، ومشاركتهم الوجدانية في بعض المناسبات، كذلك تدريبهم على كيفية الاصغاء والفهم ومتابعة أفكار المريض عن معضلته، واشعاره بعدم تركه يقاسي وحده.

المشافي العلاجية البديلة

أنشأت منذ سنوات دور ومصحات خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية لعلاج المرضى المصابين بأمراض مستعصية، ويقوم الآن المعهد القومي للسرطان بدعم دار تمريضية خاصة بالمرضى النهائيين في نيوهافن بولاية كنكتكت وقد أنشأت بعدها وعلى غرارها مستشفى القديس كريستوفر في لندن، وقد بدأت مستشفى كنكتكت ببرنامج رعاية بيتي وتطور بعدئذ ليستقبل 44 نزيلاً وأصبح مطابقاً للمواصفات أو الأشكال الكاملة لبرنامج مستشفى القديس كريستوفر، أما أهم سمات هذا البرنامج فهو استخدامه لكادر طبي مؤهل، كما أنه يعد أول برنامج يستخدم خليطاً من مضادات الألم سميت بمزيج بروميتون مؤلفة من الديا مورفين (الهيرويين) والكوكائين وشراب الكلوبرومايزين، ووفقاً لما تقوله سيسلي ساوندرز (مديرة مستشفى القديس كريستوفر) فإن جرعات الهيرويين يتم تخفيفها بمرور الوقت حالما تظهر مخاوف المريض وقلقه بشأن الألم، ولايوجد خوف من إعطاء الكثير من المسكنات، كما أن المرضى نادراً ما يأخذون كميات تحولهم إلى موتى عديمي الحس.

إن اكمال برنامج السيطرة على الألم يضفي جواً من الحب لدى المريض ويشعره بالألفة والاهتمام والرعاية التي يحيطه بها الفريق الطبي والمتطوعون إضافة إلى الأصدقاء والأقرباء الذين يقضون وقتاً أطول للاصغاء للمرضى ومسك أيديهم وكذلك المشاركة في أنواع أخرى من الاتصال المادي، كما أن ساعات الزيارة غير محددة كما في المستشفيات لذلك فإن بإمكان العائلة أو الأصدقاء أو يقضوا وقتاً طويلاً مع المريض.

والميزة الأخرى لفكرة هذه الدور أن في أثناء علاج المريض تتم معالجة العائلة بنفس الوقت، فمن خلال تضمين أفراد العائلة في برنامج العلاج يحصلون فقط على

الفرصة لاستمرار علاقتهم مع المريض بل يؤدون خدمات عملية للمحتضر مثل تحضير وجبات خاصة وما أشبه، ويقلل هذا النوع من المشاركة بشكل فعال من مشاعر الإحساس بالذنب أثناء فترة المعاناة، فضلاً عن ذلك فإن مشاركة الفريق الطبي وارتباطه مع الأقرباء والأصدقاء لاينتهي مع موت المريض بل يتم تشجيع أقرباء وأصدقاء المتوفي لتبادل الرأي مع الفريق الطبي والاستفادة من ملاحظاتهم واقتراحاتهم.

وباختصار فإن نجاح حركة (بيت التمريض الخاص) في العناية بالمرضى المصابين بأمراض مستعصية يعتمد على عاملين اثنين هما : كلفة العلاج والنجاح في إرضاء وتلبية الأهداف المحددة لها، وكذلك فإن هذه البيوت بحاجة مستمرة إلى المزيد من التقنيات والتحسين والتطوير.

خيارات أخرى للرعاية

لقد تطرقنا إلى برنامجي علاج هما مستشفى القديس كريستوفر للعناية بالمرضى النهائيين في لندن، وبرنامج علاج LSD، ونستطيع بالإضافة إلى هذين البرنامجين أن نجد العديد من البرامج التقليدية كالتي تستخدم الفن، والموسيقى وأشكال أخرى متنوعة، وكلها في الواقع وسائل نفسية وسريرية ملائمة لأي مريض في أيامه الأخيرة لاسيما اذا وجد من يقيّم تاريخه المرضي ويمحص شبكته الاجتماعية والأشخاص المُهمّين في حياته، ومكانة هذا المريض الاقتصادية والاجتماعية، وخبراته السابقة، والأحداث الضاغطة التي مر بها، وأسلوبه في المسايرة مع الأحداث المختلفة، فضلاً عن نوع المؤسسة الصحية التي يقيم فيها الآن، وسمات ومميزات الفريق الطبي الذي يتولى رعايته... وهذه كلها يمكن أن تكون متغيرات مستقلة في برنامج نضعه لرعاية

هذا المريض أو غيره ؛ كذلك فإن من المهمات الصعبة التي ستواجهنا إذا ما مضينا في البرنامج هو المقاييس التي سنعتمدها وكيفية انتقائها، وكيفية الحصول على التقارير الذاتية من المريض لاسيما ما يتعلق بشعوره النفسي والجسدي في وقت محدد فلقد علمتنا السنوات الطويلة من البحث النفسي الاجتماعي بأن مقاييس تقرير الذات هي في الأغلب مؤشرات ضئيلة القيمة لما يحدث حقاً، بل ربما تخدمنا مقاييس أخرى أكثر سهولة وفائدة من غيرها مثل مقاييس السعادة والرضا، ونستطيع أن نتخذ منها مؤشرات مفيدة عن حالة المريض، وقد تفيد في فحص مفعولية مقاييس تقرير الذات، كذلك فإن التعابير اللفظية وأية أفعال أخرى يبديها المريض ايجابية كانت أم سلبية قد تفيدنا اذا تمكنا بصبر ونفاذ بصيرة من ترتيبها على صورة جدول لتقييم حالة المريض العامة.

وبعد أن يقوم الباحث بتحديد المتغيرات المعتمدة والمستقلة بشكل واضح يتعين عليه أن يقرر تقنية البحث وطريقته، ففي البحوث التي تتعلق بالسمات النفسية للمرحلة النهائية للحياة مثلاً تكون التصاميم غير التجريبية وشبه التجريبية مرغوب بها أكثر وهي تصاميم عادة ما تكون أقل كلفة وبالامكان تنفيذها في مختلف الظروف، ولكن البحوث الوصفية أو الارتباطية تعد من البحوث الأفضل في حالات مرضى المرحلة النهائية.

وباعتقادي فإن جهود البحوث المستقبلية يجب أن تركز على التقنيات الارتباطية إن كان ممكناً من الناحية الأخلاقية ويجب أن ينصب التركيز أيضاً على التقنيات التجريبية فالتجريب سوف يحل لنا بعض الاشكاليات القائمة لحد الآن من قبيل إخبار المريض بحالته النهائية أم لا، كما يمكّننا التجريب من أن نختار وبشكل عشوائي مرضى يتلقى البعض منهم معلومات عن حالته بشكل مباشر وآخرون لا يتلقون مثل

هذه المعلومات، كذلك في اختبار أهمية السيطرة البيئية كمعزز للكرامة فإننا يمكن أن نستخدم التجريب للوصول إلى حلول لبعض المشكلات العالقة لحد الآن.

يضاف إلى ما تقدم فإن البحث التجريبي يثير قضايا أخلاقية مهمة فعلى سبيل المثال هل يحق للقائم بالتجربة أن يحرم بعض المرضى من علاج يعتقد أنه ربما يكون مفيداً ونافعاً للمريض؟ وباعتقادي فعند استخدام التجريب فإنه يجب أن لا يحرم المريض من أية خدمة وتحت أي ظرف من الظروف مادامت هذه الخدمة مشروعة ومفيدة، وعليه أجد من المسوّغ والمشروع أن ننفذ البحث التجريبي لاسيما اذا كانت المجموعة الضابطة في الدراسة تتلقى (العلاج المعتاد) وإذا كانت المجموعة التجريبية معرضة لتوقعات يمكن أن تكون لها تأثيرات مفيدة.

الاستنتـــــــاج

تؤكد أغلب الدراسات التي أجريت على المحتضرين أنهم كثيراً ما يظهرون تذمراً ونفوراً من الناس المحيطين بهم وهذه المواقف تفضي بالتالي إلى السلوك التجنبي من قبل الأطباء والممرضين ولذلك فإن البحوث المستقبلية يجب أن تهدف إلى توثيق التفاعل بين الفريق الطبي والمرضى المحتضرين، وكذلك البحث عن إمكانية تغيير الأساليب الشائعة بين ا لأطباء والعاملين بمعيتهم، كما أن على هذه البحوث أن توصي وبشدة كليات الطب والتمريض بضرورة التركيز على المظاهر النفسية والاجتماعية للموت والاحتضار كمتطلب من متطلبات الدراسة فيها.

وعلى الرغم من أننا نعرف إلى حد ما ما يتعلق بالمسار العاطفي والانفعالي للمريض المحتضر إلاّ أن التناقض والتضارب في النتائج الحالية تشير إلى أننا نحتاج الى المزيد من المعلومات بهذا الخصوص؛ صحيح أننا نعرف بأن الوظائف المعرفية العقلية

والجسدية للمريض المحتضر يطالها التلف فيصبح مكتئباً أو شديد القلق بسبب احتضاره، وهذا يعني أننا بحاجة إلى المزيد من البحث من أجل فهمٍ مُرضٍ للمظاهر الانفعالية والعاطفية لهذه المرحلة الأخيرة من الحياة.

تسهيل الموت، القتل الرحيم

إن مشكلة إطالة أمد حياة المريض المصاب بمرض عضال تعد أبرز مشكلة في هـذا الشأن، فلقد تقدمت التكنولوجيا الطبية إلى الحد الذي تستطيع معـه المكـائن والمعـدات من المحافظة على كل النظم والأجهزة الحيوية للمريض ما عدا الدماغ، وقد بـدأ النـاس والأطباء يدركون بأن التكنولوجيا المصممة لإنقـاذ أرواح المرضـى المـصابين بـأمراض خطيرة، قد لا تكون ملائمة للمرضى المصابين بأمراض مستعصية لا علاج لهـا، وهـذه مسألة تثير قضايا أدبية وقانونية وأخلاقية صعبة وسنعود إلى تفاصيلها فيما بعد.

إن كلمة Euthanasia مشتقة من اللاتينية، وتعني Eu (الحسن أو الجيد) أمـا Thanasia فتعني الموت، والواقع أن الموت الحسن أو الجيد ما هـو إلاّ فعـل القتـل لأسباب تتعلق بالرحمة، ولذلك فهو يدعى بين عامة الناس بـ (القتـل الـرحيم) وهـذا القتل على نوعين وفقاً للتصنيف الطبي والقانوني هما : (القتـل الـرحيم غـير الفعـال) أو السلبي، و(القتل الرحيم الفعال) أو العملي.

ويشير القتل الرحيم غير الفعال (السلبي) إلى الحالات التي يموت فيها الفـرد لأنـه أُتيح له أن يموت أو لأن الطرق الوقائية للإبقاء عليه حيـاً لم تـستخدم، بمعنـى آخـر ان الأطباء قد يمنعون عنه العلاج أو لا يقدمونه له ولذلك فإن احتمال موته تصبح أسـرع مما لو استمروا في علاجه، تأمل أن مريضاً بالسرطان وقد وصل به المـرض إلى مـستوىً متقدم ويعاني من ألم شديد ولديه في نفس الوقت مـرض ذات الرئـة، لـذلك لا يمكـن تركه من دون علاج مع أن من المرجح أن ذات الرئة ستفضي به إلى المـوت ؛ فالطبيـب الذي يتعرض إلى حالة مثل هذه ليس لديه إلا خيـار واحـد مـن اثـنين همـا عـلاج ألم السرطان أو داء ذات الرئة لأن علاج الاثنين معاً في نفس الوقت صعب جداً بـل هـو

مستحيل نظراً لأن برنامج العلاج لداء واحد قد يكون مؤذياً أو ضاراً بالآخر لذلك فإن خيار الطبيب أن يقوم بمعالجة الألم باستخدام المورفين ويمنع البنسلين أو المضادات الحيوية التي قد تشفي ذات الرئة، وفي هذا المثال ليس أمام الطبيب إلا أن يختار القتل الرحيم السلبي، وسوف نناقش الجوانب الأدبية والأخلاقية والقانونية التي يثيرها مثل هذا السلوك فيما بعد.

أما القتل الرحيم الفعال وهو الأكثر شيوعاً وتطبيقاً من قبل جمعيات الرفق بالحيوان، فالقطط والكلاب تقتل بشكل عادي عندما لا يجدون لها مأوى أو ملاذاً يحميها، لذلك فإن موتها يصبح هو الأفضل من الاحتيال على حياة تعيسة تتسكع فيها بالأزقة والشوارع، كما أن موتها هو إنقاذ لها، فضلاً عن أننا نريح أنفسنا وحياتنا من الأذى والإزعاج، وعليه فإن الطلب من الطبيب البيطري في إنهاء حياة حيوان أليف مريض إنما تأتي في بعض الأحيان لصالحه أولإنقاذه من الألم والمعاناة ؛ إذاً فإن جوهر أو ماهية القتل الرحيم الفعال هو عمل شيء ما بتعمد لتقصير حياة الكائن الحي، وهذا يتضمن فعل شيء كحقن الحيوان بفقاعات هوائية أو باستخدام سم سريع المفعول.

آراء حول القتل الرحيم

إن التمييز بين القتل الرحيم الفعال (العملي) وغير الفعال ليس واضحاً بما يكفي وفي ذات الوقت فهما مختلفان من الناحية الطبية والأخلاقية، ولقد تغير الرأي العام حول القتل الرحيم إلى حد بعيد في العقدين ا لأخيرين، ففي إحصائية أجريت عام 1973 أجاب 36٪ من السكان (بنعم) عندما سُئلوا في جزء من استفتاء أجراه معهد غالوب (عندما يصاب شخص ما بمرض لا شفاء فيه، هل ترى بأن القانون يجيز

للأطباء إنهاء حياته ببعض الوسائل غير المؤلمة عندما يطلبها المريض أوعائلته؟) أما في عام 2001 فإن هذه النسبة قد تضاعفت اذ وصلت النسبة المئوية للذين أجابوا بنعم على نفس السؤال إلى 5 .73٪ وقد كانت موافقة الكاثوليك أقل من هذه النسبة بقليل (67٪) من باقي السكان ككل.

وفي استقصاء مماثل أجري عام 2000 على أعضاء من اتحاد الأطباء الأميريكان تبين أن هناك 87٪ من الأطباء قد أيدوا القتل الرحيم غير الفعال، وأن 80٪ منهم قد اعترفوا بتطبيقه (ويتعين علينا هنا أن نعرف أن هذا التطبيق قد تم على مجموعة صغيرة من المرضى) حيث تم علاجهم بكل ما يمكن أن يبقيهم على قيد الحياة إلى لحظة الوفاة ؛ وهكذا فقد يثار الجدل حول الموت الرحيم السلبي الذي يكون في الغالب القاعدة وليس الاستثناء.

وفي مؤتمر لاتحاد الأطباء عقد في آيوا عام 2001 ساند الأطباء مقترح الموت بكرامة ودعموا اختيار بعض المرضى لنهايتهم لا سيما عندما يكون الموت وشيك الوقوع، وكان السؤال المحوري للمؤتمر هو (من يجب أن يقرر إنهاء حياة المريض؟) والسؤال ببساطة لا يعني اتخاذ القرار، بل يتعين عليه أن يقرر، وكان الاتجاه السائد لدى المؤتمرين أن الطبيب هو الذي يقرر وليس المريض أو عائلته، فالمريض لا يستطيع مناقشة موته ولا يجب علينا أن نحمّل عائلته عبء مثل هذا القرار، فالقرار هو طبي محض وليس لأي شخص وجهة نظر أو رأي في الموضوع، وقد برز حول هذا الاتجاه في الرأي من يقول إننا مع هذا الرأي ولكننا نطالب بالتشاور وتبادل الرأي مع المريض وعائلته لكي نمنع بعض الأطباء من ممارسة أهوائهم وإخضاع الآخرين لمشيئتهم.

أما وجهة النظر القانونية حول الموت الرحيم فإنه مازال يشوبها الغموض بشكل عام، فالقانون لا يعترف بصفة الرحمة للقتل الرحيم ويرى ان معظم حالاته ينظر فيها قضائياً كحالات القتل العمد، وهناك رأي يرد على هذا الزعم، وهو أن القتل الرحيم لا يمكن أن يكون قتلاً عن عمد أو عن غير عمد من أية درجة فجريمة القتل العمد تتميز بالحقد الظاهر بالدرجة الأولى والحقد الباطن أو الكامن بالدرجة الثانية، أما القتل الرحيم غير العمد فهو قتل مفاجئ أو عن غير قصد وبدون حقد، وعلى الرغم من أن القتل الرحيم قد ينفذ بقصد أو نيّة إلا أنه لا ينفذ بحقد سواءً كان باطنياً أو مباشراً تجاه المريض، ومن المهم أن بلداناً مثل ألمانيا، اورغواي، سويسرا لديها نصوص قانونية للقتل العمد بدون حقد، أما في أميركا فلا وجود لمثلها، فالقوانين فيها غير حسّاسة لبواعث أو دوافع الفرد في حالات القتل الرحيم، كما أن النائب العام يشدد إلى حد كبير على أن الدوافع الشريفة يجب أن لا تؤخذ بعين الاعتبار في حالات القتل العمد إلاّ أن المحلفين يكونون حساسين جداً لمثل هذه الدوافع، وغالباً ما يعارضون الإدانة، فعلى سبيل المثال حوكم طبيبان في قضيتين لقتل مرضاهم المحتضرين، ولم يُدَن أيّ واحد منهما، وكانت تهمة الأول هو حقن مريض محتضر بجرعة مميتة من عقار ما؛ أما الثاني فقد وجهت له تهمة حقن الهواء بمريض مصاب بمرض لا شفاء منه، وهناك إجراءات وإدانات متباينة بهذا الخصوص فبعض المحلّفين كانت تتراوح أحكامهم بين جريمة قتل من الدرجة الأولى إلى التبرئة، والذي يسود في النهاية هو الرأي العام، وهذا الأمر يذكرنا بواقعة (كارين آن كوينلان) التي كانت في غيبوبة عميقة لمدة ستة أشهر قرر الأطباء استحالة عودتها إلى سابق عهدها، وقد طلب والديها إيقاف جهاز التنفس الاصطناعي الذي كان يبقيها على قيد الحياة، وقد رفض الطبيبان المسؤولان عن هذا الجهاز خوفاً من المسائلة القانونية، وقد رفضت المحكمة طلب عائلتها وردّت

طلبها لأن هذه المريضة كانت على قيد الحياة من الناحيتين الطبية والقانونية ولأن الدوافع الإنسانية لا تستطيع أن تنتزع حياة إنسان، وبعد أن بقيت كارين في غيبوبتها سنة كاملة اقتنعت المحكمة العليا بالإجماع وأصدرت قراراً بإمكانية إيقاف جهاز التنفس الاصطناعي عن كارين إذ لا توجد إمكانية طبية بعودتها إلى سابق عهدها، كما أمرت المحكمة بتطبيق هذا الحكم على أية حالة مشابهة استفحل فيها المرض وليس هناك مناص من الموت المحتم.

ولو ذهبنا إلى الآراء الدينية المتعلقة بالقتل الرحيم لوجدنا اختلافاً واسعاً بين الأديان بشأن مشروعيته فالطائفة البروتستانتية تراوحت آراؤها بجواز القتل الرحيم الفعال إلى إنقاذ كل جزء من الحياة مهما كلف الأمر بمعنى أن البروتستانت ليس لديهم معيار أو قاعدة واحدة للقتل الرحيم وهم يؤكدون على الحرية الشخصية للمريض أو عائلته ؛ أما الكاثوليك فقد أجازوا القتل الرحيم منذ عام 1957 من قبل البابا بولص شريطة الأخذ بالجانب الأخلاقي في استخدام تقنيات إدامة الحياة، وأشار إلى أن الكاثوليك ليسوا ملزمين أخلاقياً لاستخدام إجراءات استثنائية لإبقاء الأشخاص المرضى بشكل ميؤوس منهم على قيد الحياة، ومع ذلك فهو لم يقدم تعريفات واضحة للإجراءات الاستثنائية التي أشار اليها.

أما الموقف اليهودي من القتل الرحيم فهو صريح نسبياً وهو مستمد من القانون اليهودي القديم ويشدد على قدسية وجوهرية الحياة وأنه يتوجب الحفاظ عليها حتى وإن غلا الثمن، والمريض المحتضر في الشرع اليهودي يعد حياً ويجب أن لا نقوم بأي محاولة للتعجيل بوفاته، فالانتحار أو أذى النفس محرم على نحو قطعي وتحت أي ظرف من الظروف، أما القتل الرحيم غير الفعال فتعتقد بعض الطوائف اليهودية

بجواز ازالة الوسائل الصناعية التي تحافظ على حياة الإنسان، أما القتل الرحيم الفعال فهو محرم بشكل قاطع.

إن هذا الموضوع معقد ومتشابك ومازال هناك الكثير من الأسئلة حول (لماذا يرغب المريض المحتضر أو عائلته بالموت؟) والجواب هو:

1. بسبب الألم الشديد والقاسي.
2. المعاناة النفسية والذهنية، والاكتئاب، العزلة.
3. الاعتقاد بأن الحياة لم يعد لها معنى أو قيمة.
4. الرغبة بالموت الكريم.
5. الرغبة بامتلاك القرار في متى وكيف يموت الفرد.
6. رفع العبء المالي والنفسي عن كاهل أسرة المريض.

إن معظم هذه الأسباب صحيحة لأنها تحقق الاحتياجات الخاصة للمريض المحتضر ولنا أن نتصور ما يسمعه المريض أو يشاهده من تلميحات صغيرة جداً أو حتى مباشرة من أهله وأصدقاءه إلى دنو أجله أو من عدم جدوى كل ما يحاط به من رعاية أو إنفاق، عندها قد يجد المريض أن خيار الموت قبل الأوان هو الأفضل بالنسبة إليه، ويرغم ندرة مثل هذه الحالات إلاّ أنها لو شاعت وأصبحت أمراً مألوفاً فإن من المرجح أن تتزايد سيطرة المريض على موته في المستقبل ويصبح القتل الرحيم أمراً عادياً لذلك فإن مفهوم الوثاق أو الرباط القانوني (الرغبة في العيش) هو الذي سيزيد ويوسع من سيطرة الفرد على جسده وحياته، ومثل هذه الرغبة تصبح شرطاً لما يتوجب علينا فعله إزاء شخص أصبح غير واع أو غير مؤهل عقلياً ليقرر مصيره، فقد

يشترط أحد المرضى على سبيل المثال بأنه إذا دخل في غيبوبة ظاهرة لا يعود فيها إلى سابق عهده فإنه يتعين ألاّ تتخذ أية مساعٍ أو محاولات خارج ما هو مألوف وعادي لإطالة حياته، وهذه الرغبة بالطبع سوف تجعل الطبيب حراً في تنفيذ رغبات المريض دون خوف أو رادع طبي أو قانوني.

إن قضية القتل الرحيم هي قضية مهمة وستزداد أهميتها بالتأكيد كلما تقدمت التكنولوجيا الطبية وتغيرت المواقف تجاه الحياة والموت، كذلك فإن آراءاً جديدة قد بدأت تظهر بخصوص القتل الرحيم ذات صلة بالأطفال ذوي العاهات والمشوهين والمصابين بعلل عقلية مختلفة وهذه قضايا ستثار يوماً ما، وعلينا منذ الآن أن نمعن النظر فيها ونتأمل أبعادها وكيف ستكون الأوضاع معها فيما بعد.

تحديد مفهوم المـــــوت

لا جدل أن الموت هو عملية تبدأ فيها خلايا الجسم بالموت طوال الوقت أي حتى بعد موت الإنسان الميتة الحقيقية (أي الشرعية والقانونية) فالجسد يبقى بكلّيته على قيد الحياة ولكن بشكل خامل ومعطل، ومسألة تحديد ما إذا كان الإنسان ميتاً أم مازال على قيد الحياة هي مهمة دقيقة وتتطلب حذراً وبراعة في نفس الوقت، ولقد كان وما يزال مؤشر التنفس والنبض التلقائي للقلب هما من أبرز المؤشرات الرئيسية على ذلك منذ أقدم العصور ولحد الآن، ومع ذلك فإن صحة هذه الدلائل أصبحت الآن مثال جدل بعد دخول الوسائل والتقنيات الحديثة التي تسهم في إطالة الحياة، فالتكنولوجيا الآن قدمت أجهزة متطورة لتحسس أدنى درجات التنفس أو النبض التي لا يمكن تلمسها بالطرق التقليدية، وبالتالي فقد جعلت الكشف عن هذه المؤشرات أسهل وأكثر موثوقية، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فقد وفرت التكنولوجيا أيضاً أجهزة للتنفس الاصطناعي وآلات لتنظيم ضربات القلب بإمكانها تفعيل ومساعدة أجهزة الجسم الحيوية بشكل مباشر ما عدا الدماغ.

ولقد تم تحديد ثلاثة أنواع من الموت هي :

1. **الموت السريري**: ويحدث عندما يتوقف التنفس ونبض القلب الطبيعي التلقائي، ولكن بالامكان إنعاش القلب واعادة المريض إلى الحياة والوعي بالوسائل التقنية الطبية المتطورة.
2. **الموت الدماغي**: وهو نوع ثان من الموت يحدث عندما يحرم الدماغ من الاوكسجين إذ تموت خلاياه خلال أربع إلى ست دقائق إذا لم ينعش الدماغ فوراً ويزود بالاوكسجين، وأول مايموت فيه القشرة الدماغية

المسؤولة عن الأفعال الإرادية والتفكير والذاكرة، يعقبها بعد ذلك موت الدماغ الأوسط، ثم النخاع المستطيل وهو أقدم جزء في الدماغ، فعند تلف القشرة المخية والدماغ الأوسط يذهب الإنسان في غيبوبة لا صحوة منها ولكنه قد يبقى قادراً على التنفس بصعوبة وبمساعدة التغذية الوريدية، ويمكن أن يبقى على قيد الحياة لفترة غير محددة.

3. **الموت البيولوجي أو الخلوي**: وهو الموت الجسمي لمختلف الأجهزة الحيوية حيث تموت مختلف الأعضاء بنسب مختلفة، ويعد أي جهاز في الجسم ميتاً عندما يتحلل ويصل إلى درجة التفسخ التي لا يمكن فيها لأي نوع من التدخل أن يعيده إلى سابق حالته الوظيفية.

لقد اتجه الباحثون والأطباء في بحوثهم الآن نحو الدماغ في محاولة للوصول إلى معايير جديدة للموت باعتبار أن الدماغ هو النظام الوحيد الذي لا يمكن دعمه وتنشيطه بالأجهزة أو التقنية المتوفرة الآن ؛ ومنذ عام 1968 بدأ المختصون بهذا الشأن بدراسة تفاصيل موت الدماغ واستنتجوا أن موجات الدماغ(EEG) التي تبقى مستوية لمدة 24 ساعة ربما لا تعني الغيبوبة التي لا رجعة فيها، فقد يكون بالإمكان إنعاش بعض المرضى الذين تكون الأدوية الكثيرة سبباً في غيبوبتهم.

ويعتقد بعض الباحثين والأطباء أن مفهوم الموت الدماغي هو عندما يتلف مركز الدماغ والقشرة بشكل لا رجعة فيه ويدخل المريض كلياً وللأبد في حالة اللاوعي، ولكنه ربما لا يزال يستطيع التنفس بدون مساعدة مع كون الوظائف المساعدة سليمة، وتعد هذه الحالة مثيرة للكثير من الجدل الآن فلو كان المريض يتنفس بدون مساعدة فذلك يعني أنه مازال على قيد الحياة وفقاً لكل المعايير التقليدية، ويعتقد الذين يدعمون الموت الدماغي بأن القشرة الدماغية تعني الحياة فهي (المسؤولة عن التفكير،

الأفعال الإرادية، الذاكرة) لذلك فإنها عنـدما تغيـب يـصبح الإنـسان غـير حـي بعـد ذلك.

ولقد أضاف التقدم التكنولوجي الذي جعل زرع الأعضاء ممكناً بُعـداً آخـر لعلـم دلالات الموت، وربما أن القلوب والرئات والكلى تؤخذ من جسم الواهب بأسرع مـا يمكن بعد أن يتوقف سريان الدم عندها يصبح التعريف الـدقيق للمـوت ضـرورياً مـن الناحية القانونية فبوجـود جهـاز التـنفس الاصـطناعي الـذي يمـد الـدم بالاوكـسجين بواسطة مضخة تدفعه إلى داخل جسم الواهب فإنـه مـن الـصعب جـداً تحديـد لحظـة الوفاة، وبما أنه لايمكن نقل أي عضو إلا بعد أن يتم الاعلان عن موت الواهب لـذلك فإن الغموض والابهام في تحديد لحظة الوفاة تفضي بنا إلى حالات قـضائية شـيقة مثـل الحالة التي وقعت بمستشفى ليكس في هيوستون عام 1982 عندما قام الجـراح ديتـون كولي بنقل قلب كلارنيس نكس الذي كان قد أصيب بـصدمة قويـة في رأسـه وعنـدما نقل إلى المستشفى لم يسجل دماغه أي نشاط كهربائي، ولم تكن لديه أية انعكاسـات ولم تتغير حالته لعدة ساعات، وقد أغلق الجهاز الذي كان يـزود دمـه بالأوكـسجين وتمـت عملية نقل القلب منه إلى مريض آخر عاش لعـدة أيـام فقـط بعـد عمليـة الـزرع ؛ أمـا الحجة التي استند إليها المحامون في هذه القضية فهي أن الـضحية لم يمـت عنـدما توقـف قلبه عن العمل ولكن عندما انتزع الأطباء قلبه وزرعوه في مريض آخر فقد مات حقـاً، وصحيح أن قلبه لم يكن يخفق بشكل اعتيـادي إلا أنـه كـان يعمـل بـدليل أن المـريض الثاني قد عاش به أياماً عدة مما يعني أن كلارنيس كـان علـى قيـد الحيـاة، أمـا الأطبـاء الذين قاموا بعملية النقل والزرع فقد كان مـوقفهم واضـحاً وسـليماً في هـذه القـضية فقد أبرزوا ترخيصاً من الدائرة الطبية للقيام بعملية النقـل والـزرع وبـذلك فـإنهم مـن الناحية القانونية ليسوا مسؤولين عن شـيء وليـسوا مـضطرين لإخفـاء أو حجـب أيـة معلومة عن القضاء.

الاستنتـــــــاج

لقد قدمنا وصفاً عاماً للمرحلة النهائية للحياة من لحظة تشخيص المرض الـذي لا شفاء منه إلى لحظة الوفاة، ثم ناقشنا سلوك الفريـق الطـبي ومعانـاة المحتـضر الانفعاليـة والجسمية، وعرجنا بعد ذلك على قضية القتل الرحيم.

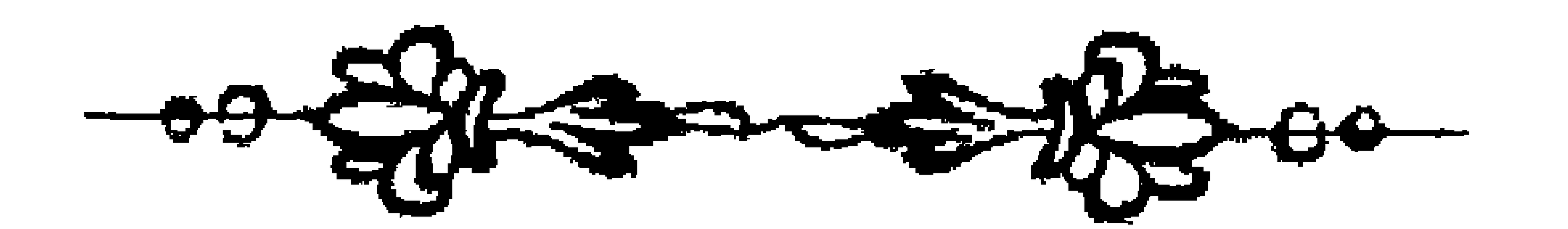
والذي نأمله ونتمناه هو أن تمدنا البحوث المستقبلية ببعض الأجوبة للاسـئلة الـتي مازالت عالقة وبدون إجابة من ذلك مثلاً السؤال الذي لم يناقش لحـد الآن بمـا يكفـي وهو قضية الحياة بعد الموت، أو كما يحلو للبعض أن يسميها (حياة ما بعد الحياة) ففـي محاولة قام بها مودي إذ جمع العديد من المذكرات من أشـخاص كانـت لـديهم تجـارب قريبة مع الموت، وقد أشارت بعض هذه التجارب إلى ما وقع لهـا أثنـاء الاقـتراب مـن لحظة الموت، أو عنـد المـرور بهـا وتجاوزهـا بطريقـة مـا مـن ذلـك: الـشعور بالـسلام والهدوء، سماع ضوضاء وضجيج، المرور عبر نفق مظلم، الخـروج مـن الجـسد، رؤيـة مخلوق غريب من ضوء، لقاء بعض الموتى السابقين...

وقد كانت أكثر هذه التجارب متـشحة بمـسحة دينيـة فبعـد أن يمـر الفـرد بتجربـة كهذه فإنه يشعر إلى حد كبير بالسلام والسكينة مع نفسه وعالمـه، أمـا تعليقـات مـودي على هذه المذكرات فقد إنحصرت في التأكيد على وجود حياة بعد الموت، لكنه ألمـح إلى أننا في الوقت الحاضر لا نستطيع إثبات ذلـك بمـا يتـوفر لـدينا مـن وسـائل وإمكانـات علمية أو منطقية أو تجريبية؛ ورغم أهمية ما قدمه مودي في هـذا الـصدد إلا أن بياناتـه والنتائج التي توصـل إليهـا تـثير الـشكوك منهـا مـثلاً أننـا لا نعـرف إن الـذين أمـدوه بمذكراتهم قد مرّوا فعلاً بتجربة الموت أو لحظة الاقـتراب منـه، كـذلك فإننـا لـو قبلنـا معيار موت الدماغ من خلال استواء جهاز مرسمة موجـات الـدماغ (EEG) لمـدة 24 ساعة فإنه ليس من الممكن لأحد أن يعرف فيما إذا كان ميتاً أو مازال على قيـد الحيـاة أو أن يتذكر أو يرى ويسمع بما يجري له في تلك الأوقات.

الفصل الخامس

اطالة الحياة

Lengthening Life



إطالة الحيـــــاة

تعد المتغيرات النفسية عموماً محددات مهمة لتعمير الإنسان على المدى الطويل حيث تكون فترة الحياة إلى وقت الموت قصيرة نسبياً، والواقع فإنها ليست هي المحددات الوحيدة لإطالة الحياة، فالطعام والشراب والنوم والمتغيرات البيولوجية الأخرى تلعب هي الاخرى دوراً مهما أيضاً في إطالة الحياة.

ينقسم هذا الفصل إلى جزئين، سنناقش في الجزء الأول المحددات البيولوجية لإطالة الحياة ومن ضمنها الوراثة، أما الجزء الثاني فقد خصصناه للعوامل النفسية الاجتماعية المهمة في اطالة الحياة.

أولاً: العوامل البيولوجية:

في العقدين الأخيرين اكتسب مجموعة من الناس يقطنون ثلاثة أجزاء منعزلة من العالم سمعة وشهرة كبيرتين لكونهم معمرين بشكل استثنائي، الأمر الذي دعا الباحثين لاجراء دراسات مكثفة للقاطنين في مناطق أبخازيا في جنوب روسيا وهونزا في جبال كاركاروم في الباكستان وفي فيلكابامبا الواقعة في التلال السفحية لجبال الانديز في الاكوادور؛ ولما كانت الوثائق التي يمكن التعويل عليها مثل (شهادة الميلاد، سجلات التعميد..)غير متوفرة للكثير من ساكني هذه المناطق فإن من المحتمل أن يكون تخمين أو تقدير أعمار هؤلاء الناس مبالغاً فيه في أكثر الأحيان لاسيما عندما يعد العمر علامة على منزلة ومكانة هؤلاء الأشخاص في هذه المجتمعات، فضلاً عما يبديه الباحثون والدارسون من اهتمام بهم، لذلك فلا غرابة ان نجد تزايداً في أعداد هؤلاء الأفراد، فعلى سبيل المثال أعلن عام 1993 عن شخص يدعى (ميجل كاربيو Miguel Carpio) على أنه المعمر الأكبر عمراً في فيلكابامبا بالاكوادور، فقد إدعى

هذا الشخص بأنه يبلغ من العمر 121 عاماً وعندما أجريت معه مقابلة ثانية بعد أربع سنوات ومع قرويون مقربون منه إدّعوا بأنه يبلغم من العمر 132 عاماً اي بزيادة أحد عشر عاماً في السنوات الأربع المتخللة بين فترتي الدراسة، وقد كشف التدقيق في سجلات المعمودية لمنطقة فيلكابامبا أن من المحتمل أن يكون عمر هذا الشخص 110 سنوات ليس أكثر.

وتعد الأعمار المبالغ فيها أمراً شائعاً ومألوفاً في المناطق الثلاث التي تمت دراستها، ولكن من جهة أخرى كان هناك توثيق رسمي كافٍ يبين لنا بصورة مقنعة بأن نسبة البالغين من العمر هي مئة عام لكل مئة ألف شخص وربما تزيد بشكل أكبر عن المعدلات والنسب التي وردت من باقي أرجاء العالم.

وعلى الرغم من أن هذه النسبة تستند إلى كثافات سكانية اجمالية صغيرة إلا أن معدلات البالغين من العمر مائة عام لكل مئة ألف شخص في المناطق الثلاث من العالم كانت 39، 110،63 في كل من أبخازيا وهونزا وفيلكابامبا على التوالي، أما النسبة للولايات المتحدة فهي ثلاثة أفراد لكل مئة ألف من السكان، ومن المستبعد أن تعزى هذه الاختلافات في المعدلات بشكل كلي إلى السجلات غير الصحيحة التي تفتقر إلى الدقة، على أن التناسق والتماثل في المحيط البيئي وكذلك أنماط الحياة هي في هذه المناطق الثلاث التي تجعل من مسألة تعمير القاطنين فيها على نحو غير طبيعي أمراً ممكن التصديق ؛ وفضلاً عن ذلك فقد تم تحديد عدد من العوامل البيولوجية السائدة والمشتركة بين هذه المناطق الثلاث باعتبارها عوامل أساسية مهمة تساهم بشكل مباشر في إطالة أعمار هؤلاء الناس وهذه العوامل:

1. **نظام التغذية** : إن نظام التغذية المتبع في أبخازيا وهونزا وفيلكابامبا لا يتفق مع التوصيات والمعايير التي وضعتها الأكاديمية القومية للعلوم في الولايات المتحدة،

ومع ذلك فإن هؤلاء الناس لا يعانون من سوء التغذية أو من البدانة، كما أن مقدار السعرات الحرارية هو أدنى من معدلها في الولايات المتحدة الأمريكية، فعلى سبيل المثال فإن معمري أبخازيا يستهلكون ما يقارب من 1800 سعرة حرارية في اليوم الواحد، وهذا أقل بـ 600 سعرة حرارية عن المعيار الذي توصي به الأكاديمية القومية للعلوم للذكور الذين تجاوزت أعمارهم 55 سنة.

أما السمة المميزة الثانية لنظام التغذية لسكان هذه المناطق فتتمثل في غياب الدهون الحيوانية التي ترتبط بأمراض القلب، ويعتمد نظامهم الغذائي بالدرجة الأساسي على الفواكة والخضار الطازجة أو المخللة، وعلى الحليب والجبن والخبز والقليل من اللحوم، كذلك فإن السمات الملحوظة الأخرى للطعام المستهلك في هذه المناطق هو غياب المواد السامة مثل مبيدات الحشرات أو الجرذان والطحالب والمعادن الثقيلة المنتشرة بشكل اعتيادي في المناطق الصناعية من العالم.

وتشير الدراسات العديدة التي أجريت في الولايات المتحدة بأن هناك دليلاً مقنعاً للغاية على أن النظام الدقيق والمسيطر عليه في تناول السعرات الحرارية والكوليسترول من شأنه أن يعزز التعمير في السن فعلى سبيل المثال أشار الباحث المشهور في مجال الأغذية وليم راند في مقال طريف بعنوان (كيف تبقى شاباً لفترة أطول، إلى إتباع نظام غذائي خاص من شأنه المحافظة على الوزن ضمن مستوى معقول، كما أشار إلى أن زيادة الوزن ومعدلات الكوليسترول يرتبطان بشكل ملحوظ بعلاقة متبادلة مع معدل الوفيات الناجمة عن النوبات القلبية.

ومن الجدير بالذكر أن أفضل طريقة يمكن من خلالها تحديد وتعيين التأثيرات التي يحدثها نظام التغذية في تعمير الإنسان تتمثل في التعامل مع أنظمة التغذية التي تتبعها مجموعات متعددة من الأفراد ومعالجتها بشكل منتظم ومنسق منذ الولادة، وبطبيعة

الحال فإنه من غير الأخلاقي استخدام الكائنات الحية البشرية في مثل هذه التجارب العلمية إلا أن العديد من هذه التجارب قد جرى تطبيقه لعدة مرات على مجاميع متنوعة من الحيوانات.

2. **الكحول والسجائر**: يستهلك سكان أبخازيا وهونزا وفيلكابامبا كميات معتدلة من الكحول، وهم نادراً ما يدخنون السجائر، ولكن بعض المعمرين من منطقة فيلكابامبا يدخنون السجائر والغليون بين حين وآخر، وقد أوضحت البحوث العديدة فيما يخص استهلاك الكحول بأن الحياة المعتدلة قد لا تؤدي بالضرورة إلى حياة أطول ففي دراسة أجراها مجموعة من الباحثين بالقسم الصحي لولاية كاليفورنيا تم انتقاء مجموعة مستعرضة مؤلفة من (7000) سبعة آلاف شخص من البالغين من منطقة بيركلي اوكلاند Berkeley Ocland واستمرت الدراسة خمس سنوات ونصف، وأبرز ما توصلت إليه هذه الدراسة أن الأرجحية والاحتمالية مقابل الموت المبكر كانت أكبر بالنسبة لغير المدخنين وكذلك بالنسبة لمن يتعاطون الكحول بشكل معتدل ومحدود؛ كما كشفت هذه الدراسة أن نسبة الوفيات لغير متعاطي الكحول لم تكن أفضل من نسبة الوفيات لأولئك الذين يتناولون جرعة أو ثنتين من الكحول يومياً كان لديهم توقع بحياة أطول مدة.

أما التدخين فإنه يسبب زيادة في الإصابة بالأمراض وزيادة في معدلات الوفيات حتى ولو كان بمقادير معتدلة (نصف علبة في اليوم مثلاً) فإنه يسبب زيادة في نسب الأمراض والوفيات، كما أن نسب الوفيات ترتفع بشكل مضطرد كلما زادت أعداد السجائر المستهلكة في اليوم، وهذه النتيجة أكدتها دراسات كثيرة مما يعني أن التدخين هو واحد من خمسة عوامل قوية وفعالة ترتبط بشكل مباشر بمدة الحياة.

3. **التمارين الرياضية والراحة والنوم**: إن أهم خاصية أساسية مميزة يتمتع بها معمرو سكان مناطق أبخازيا وهونزا وفيلكا بامبا تتمثل في مدى اشتراك هؤلاء الناس في النشاطات والفعاليات الجسمانية العنيفة والشاقة وممارستهم لها منذ فترة الطفولة وحتى بلوغ مرحلة متقدمة من العمر فالتقاعد والراحة أمران غير معروفان وغير مألوفان بالنسبة لهم، ففي أبخازيا على سبيل المثال تعد السباحة وركوب الخيل والسير على الاقدام مسافات طويلة من النشاطات الشائعة والفعاليات المألوفة لدى المسنين، كذلك ارتياد الحقول والمناطق الجبلية الشاهقة والشديدة الانحدار، فضلاً عما يتطلبه العمل الزراعي من قوة جسدية ومقاومة المصاعب الأمر الذي يفسر لنا النشاط الدائم والقابلية التي يتمتع بها القلب والاوعية الدموية لهؤلاء الناس، لذلك فإن الأمر الذي لايمكن نكرانه هو أن ممارسة التمارين الرياضية لأي إنسان بشكل مستمر ومتكرر وثابت لايكسب القوة والسرعة فحسب بل إنه يعد من العوامل الرئيسية المهمة في تعمير الإنسان وفي تحسين عمل الدورة الدموية، وتنظيم ضربات القلب والتسريع في بناء أنسجة جديدة للعظام، ولذلك فقد لوحظ أن كسور العظام بين معمري هذه المناطق كانت نادرة جداً في المناطق الثلاث.

أما بالنسبة للنوم فلا شك أن الفترات الطويلة من النوم تصبح بتقدم العمر أقل أهمية وأدنى شأناً، فالأشخاص المسنين الذين تصل معدلات نومهم بين سبع إلى ثمان ساعات في اليوم يعيشون فترة أطول من غيرهم.

4. **المحيط البيئي**: هناك تفسيران يعللان مسألة تعمير سكنة مناطق أبخازيا وهونزا وفيلكابامبا هما : الارتفاع العالي لهذه المناطق، ونقاء الجو في البيئة الجبلية التي يقطنونها، ولا شك أن تكيف الاوعية الدموية القلبية مع هذه الارتفاعات تسهم بشكل فعال في إطالة العمر، ففي أبخازيا مثلاً يتراوح ارتفاع المناطق الجبلية بين ألفين

إلى ستة آلاف قدم فوق مستوى سطح البحر، ومثل هذه المناطق الشاهقة تتطلب بلا شك تكيفاً إلى الحد الأدنى، كما أن نقاء الهواء وصفاؤه في هذه المناطق قد يكون عاملاً من العوامل المهمة، ولكنه من المستبعد أن يكون عاملاً ايجابياً قوياً جداً للتعمير، وفضلاً عن ذلك فإن درجات الحرارة أيضاً تعد سبباً من الأسباب التي تقف وراء التعمير غير الاعتيادي، وعلى الرغم من المدى الواسع لدرجات الحرارة في أبخازيا وهونزا إلا أن البحوث التي أجريت على الكائنات دون البشرية عدّت درجات الحرارة البيئية كعامل أساسي مهم في إطالة العمر، فدرجة الحرارة التي ينشأ فيها الصغار ويكبرون - وعلى وجه الخصوص الكائنات الحية التي لا تكون درجات حرارة أجسامها مستقرة وثابتة - كانت تؤثر تأثيراً واضحاً ومهماً في تعمير هذه الكائنات وطول فترة حياتها، فعلى سبيل المثال فإن ذباب الفاكهة يعيش عشرة مرات أطول في درجة حرارة 10 مئوية مما يعيشه في درجة حرارة 30 مئوية، كذلك فإن دورة حياة بعض الحيوانات الفقارية كالأسماك تمتد لفترة أطول في البحيرات الباردة، وعلى الرغم من معرفتنا القليلة والمحدودة عن التأثير الذي تحدثه درجات الحرارة المنخفضة للجسم على الجهاز العصبي للكائنات الحية، إلا أن الباحثين يرون أن تدني درجات الحرارة الداخلية بمقدار2-3 مئوية قد لاتكون له تأثيرات سلبية واضحة، لا بل أن من شأنه أن يزيد في عمر الإنسان لفترة تمتد من 20-30 عاماً، ولكن كيف يمكن تحقيق ذلك؟ إن البيانات المتوفرة لدينا الآن تشير إلى أن معدل الشيخوخة يتدنى في البيئات الأبرد، وكنتيجة لذلك فإن الإنسان يمكن أن ينتفع من هذه الخاصة ولو بشكل طفيف من خلال العيش في بيئة معتدلة البرودة.

5. **الوراثة:** على الرغم من عدم وجود جينات وراثية معروفة للتعمير وإطالة الحياة، إلا أن هناك جينات وراثية خطيرة قد تزيد من نسبة احتمالية التقاط العدوى

بمرض مميت ومهلك ولذلك فإن البعض يرى بأن التعمير غير الاعتيادي لسكان هونزا وفيلكابامبا ربما يُعزى إلى غياب مثل هذه الجينات (السيئة) عند أسلافهم، ومع الأخذ بنظر الاعتبار عزلة هذه المناطق فمن الممكن أن يكون للاستيلاء الداخلي[1] للأشخاص الذين لايحملون الجينات الوراثية السيئة أثر وراء العدد الملحوظ للأفراد المعمرين، وهذه الحالة تبدو أقل إحتمالاً في أبخازيا حيث يمثل الأشخاص البالغون من العمر مئة عام خلفيات عرقية مختلفة من ضمنهم الروس والجورجيون والأرمن واليهود الجورجيون والأتراك، ومما تجدر الإشارة إليه هنا أن الأشخاص الذين عاشوا لفترة زمنية طويلة في كل هذه المناطق البعيدة والنائية الثلاث كانوا أبناء معمرين، كما أن لديهم أقرباء معمرين أيضاً.

إن التعمير الأبوي يسهم بإطالة عمر الأبناء وربما الأحفاد أيضاً بطريقتين:

الأولى: العامل الوراثي المسؤول عن تحديد قابلية الإصابة بالأمراض المختلفة للنسل.

الثانية: يحتمل أن يوفر الآباء المعمرون لأبنائهم بيئة تربوية جيدة وتنشئة اجتماعية صالحة.

إن من الصعب جداً فصل العوامل أو المحددات البيئية عن المحددات الوراثية المسؤولة عن إطالة العمر وخصوصاً في غياب التجارب الوراثية المنظمة عن الإنسان ومع ذلك فإن التجارب التي أجريت على الكائنات الأدنى أظهرت بصورة متواترة أن

---

(1) الاستيلاء الداخلي: سيادة بعض السمات أو الصفات لدى مجموعة من الكائنات الحية (حيوانات أو نباتات أو انسان) تجمعها قرابة وثيقة (المترجم)

بالإمكان التحكم بدورة الحياة وتنظيمها والسيطرة عليها من خلال الانتقاء الوراثي المخطط له والمدروس بعناية.

ثانياً: العوامل الاجتماعية والنفسية:

إن نمط الحياة في المجتمعات البدائية الثلاث، أبخازيا وهونزا وفيلكابابما يتغير من يوم لآخر ولكن بمقدار طفيف فالناس في هذه المجتمعات تعمل وتأكل وتنام وتتناسل فيا بينها، وكما هو الحال مع باقي الناس في أجزاء العالم المختلفة، ويعد العمل هو الخاصية الأكثر أهمية لحياة هؤلاء الأفراد، ولكن هناك اختلاف واحد يتمثل في غياب الكثير من الضغوط النفسية ومظاهر التنافس في العمل التي تتميز بها المجتمعات الصناعية، وعليه فإن الراحة النفسية في هذه المجتمعات البدائية تعتمد بصورة كبيرة على قابلية الفرد في الاسهام والمشاركة في إعالة الأسرة وتأمين غذائها، أما عندما تضعف القدرات الجسدية وتتناقص الامكانيات البدنية وتصبح أعمال الزراعة اليومية شبه مستحيلة وغير ممكنة فإن المسنين غالباً ما يشتكون ويتذمرون ولكنهم يكيفون أنفسهم بأسلوب نموذجي ليتمكنوا من أداء أعمال ومهام تتطلب جهداً أقل مثل غزل الصوف أو الحياكة أو قطف حبوب القهوة المرتبطة بالعمل فإنه قد تم تحديد عاملين نفسيين ايجابيين يسهمان في إطالة الحياة أولهما أن الأفراد في هذه المجتمعات لديهم توقع في العيش حياة أطول فالعمر المتقدم بالنسبة اليهم يبدأ بعد المائة عام، ومعظم الناس يتوقعون الوصول إلى هذا العمر؛ أما العامل الثاني فهو أن العمر المتقدم يجلب لصاحبه المزيد من الاحترام فالشباب يحترمون المسنين ويعتبرونهم أشخاصاً ضروريين ونافعين للمجتمع فهم مستودع المعرفة وقيمها، والمهارات البيئة المختلفة.

إن البحوث المنظمة والمدروسة التي أجريت في العقود الثلاثة الأخيرة تدعم العلاقة الوثيقة لهذه المتغيرات بمسألة التعمير وإطالة الحياة وهي بالاضافة إلى ذلك تقترح وجود عوامل إضافية أخرى ذات صلة بهذا الجانب.

الضغط والقدرة على التكيف

إن الطريقة التي يستجيب فيها الأفراد ويتفاعلون بها مع الضغوط التي يواجهونها لها نتائج وعواقب مهمة على حياتهم وبقائهم، ويسود الاعتقاد بشكل عام بأن الضغط الطويل والذي يمتد لفترة زمنية طويلة يمكن أن يجعل الناس يشعرون بالمرض أو ربما يتسبب في موتهم، ويتوفر لدينا دليل مادي كاف يدعم الادعاء الذي يقول بأن التعمير الإنساني يتأثر بكلٍ من شدة الضغط واستمراريته فضلاً عن قدرة وقابلية الفرد على التكيف والمسايرة.

في عام 1950 قام هانزسيلي Hans Selye – وهو احد أبرز الباحثين في مجال الضغوط النفسية – بتعريف استجابة الضغط على أنه شكل من أشكال ردود الفعل اللا مُعيّن والذي يظهر بوجود مجموعة واسعة من المحفزات التي تتفاعل مع عناصر الكائن الحي المختلفة.

إن الاستجابة الأولية لأي مصدر من مصادر الضغط تتمثل في الإنذار يتبعها التجمع أو الاحتشاد الفوري لدفاعات الجسم الحيوية حيث تنشط إفرازات الغدد الصم خصوصاً الغدتان الكظريتان، وهذه الأعضاء تكبر وتتضخم تحت وطأة الضغط، ولو تراجع التهديد أو تغلبنا عليه فسيعود الاستقرار والاتزان البدني المعتاد، أما إذا طال أمد الضغط وازدادت فترة وجوده وتأثيره عندها يحدث التدهور التدريجي ومن ثم التلف بسبب الضعف والوهن المستمر الذي يلحق بنظام الجسم الدفاعي،

ويطلق سيلي على هذه العملية اسم متلازمة التكيف العام General Adaptation Syndrome.

ومن الجدير بالذكر أنه من السهل تطبيق وجهة النظر هذه عن الضغط في الحالات التي يكون فيها مصدر الضغط مادياً وملموساً بشكل فعلي كأن يكون جرحاً أو عظماً مكسوراً، فعند الاستجابة لمثل هذه الأضرار المادية للجسم تبدأ الغدتان الكظريتان والغدة النخامية بإفراز هرمونات تحفز ردود فعل الجسم الدفاعية، مثال ذلك أن يقوم الدم بغلق الجرح ويمنع تسرب الدم، أو يحدث ورم حول الكسر، وفي نفس الوقت أيضاً تقوم الهرمونات المضادة للالتهابات بمنع الدم من ردّة فعل قوية تسبب أذىً أكثر منن تأثير الجرح أو الكسر.

إن المشكلة الرئيسية الوحيدة لوجهة نظر سيلي في الضغوط هو أنه من المستحيل عملياً تعريف الحالة النفسية التي تقابل وتماثل حالة الاتزان البدني الثابتة والمستقرة، وهناك تعريف ربما يكون أكثر شمولاً وقبولاً للحدث المليء بالاجهاد والضغط على أنه "أي تغير أو تبدل في المحيط البيئي يتسبب في إحداث درجات عالية من الشد النفسي والتوتر العاطفي ويتداخل مع الأنماط الطبيعية والأشكال الاعتيادية للسلوك" وهنا يتساوى الضغط النفسي مع أنماط واسعة من السلوكيات الانفعالية التي تشمل الخوف، الحزن، الغضب، والحالات العاطفية السلبية الأخرى والتي تبرز بوضوح بالتحفيز والاثارة غير المرغوب فيها، ولكن يتعين هنا أن نشير إلى أنه وبرغم اعتبار مصادر الضغط النفسي هي محفزات ومنبهات منفرة وغير مرغوبة إلا أنها قد تعود بالنفع والفائدة للكائن الحي تحت بعض الظروف، فعلى سبيل المثال فإن الحرمان من الطعام يمكن أن يقود إلى سلوك تكيفي وبالتالي فإنه يؤدي إلى استمرارية بقاء الكائن الحي على قيد الحياة، وكمثال آخر على التأثيرات المفيدة للضغط هو ما توصلت إليه

إحدى الدراسات، فقد لوحظ بأن الفئران التي كانت تتعرض للضغط خلال فترة الاختبار وذلك بتعريضها لصدمة كهربائية على أقدامها بشكل موجع إلا أنها مع ذلك قد نمت وتطورت وتحولت إلى فئران بالغة وقد زادت قدرتها وكفائتها بشكل أفضل من الفئران التي لم تخضع لتجربة الضغط خلال فترة الاختبار.

الضغط والتعمير

لقد أوردت التقارير التي كتبت في المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية فضلاً عن التقارير الصحفية الدليل الذي يشير إلى علاقة ضغوط الحياة مع العمر ففي تقرير نشرته مجلة نيوزويك الأمريكية أجراه الباحث Begdonoff وصف متكامل عن الكيفية التي يمكن أن يؤدي من خلالها الخوف المستثار إلى الموت فقد عمد هذا الباحث إلى تخويف المشاركين المتطوعين في التجربة كلٌ على انفراد وذلك بابلاغهم بأن لديهم حالة خطيرة في القلب، وقد أظهر الجميع ردود فعل واستجابات نفسية شديدة إزاء هذه المعلومة، ومما سجله من ملاحظات بهذا الخصوص هو ارتفاع ضغط الدم، أو انخفاض ضربات القلب، أو زيادة تقلصاته وانقباضه لدى المشاركين، وقد استنتج الباحث بأن الصدمة العاطفية القوية قد تتسبب في الوفاة بحصول جلطة دموية في الشريان التاجي أو باضطراب عمل القلب ؛ وعلى النحو ذاته نشرت هذه المجلة أيضاً مقالاً بعنوان (كيف يمكن للركود أن يقتل ?How recession can kill) أشارت فيه إلى أن الضغط النفسي يعد واحداً من المتغيرات التي تتوسط بين نتائج الحياة والموت وقد استنتجت هذه المقالة المدعمة بالتحليل الاحصائي وجود زيادة ملحوظة في حالات الوفاة جراء الأزمات القلبية التي تعقب حالات الركود الاقتصادي الحاد خصوصاً الأشخاص الذين كانوا عرضة لأزمات قلبية سابقاً نتيجة التطور التدريجي لمرض تصلب الشرايين.

ومن ناحية أخرى لوحظ أيضاً أن حالات الإصابة بالقرحة والربو كانت ترتبط بالتغيرات الاجمالية للحالة الاقتصادية، ويمكننا أن نستشهد بالكثير من الأمثلة في هذا السياق، ففي عام 1989 قام الباحث باري Barry بمقارنة حالات التعمير لأبطال لعبة الشطرنج الحائزين على بطولات عالمية مع حالات تعمير اللاعبين الأقل مستوى، وكذلك مع حالات تعمير واضعي المسائل الشطرنجية، وقد كان الباحث يتوقع أن يجد أبطال لعبة الشطرنج العالميين يعيشون فترة زمنية أطول من أقرانهم غير المشهورين، ولكن تبين فيما بعد أن من بين المجموعات الثلاث التي خضعت للدراسة كان الابطال العالميون يعيشون أقصر فترة زمنية من زملائهم الآخرين، وهذا يعني أن الضغط النفسي والاجهاد العقلي والبدني الذي تحدثه المنافسات القوية والحادة قد تؤدي فيما بعد إلى الموت المبكر لمثل هؤلاء اللاعبين.

كما يسود الاعتقاد بشكل عام بأن الضغط النفسي قد يكون أيضاً سبباً في الإصابة بأمراض القلب، فالموت القلبي المفاجىء غالباً ما يكون مسبوقاً بزيادة ملحوظة في الضغط والإجهاد الحياتي ولاسيما في فترة الأشهر الستة التي تسبق الموت ؛ وقد حدد بارنر 1991 نوعاً من الأشخاص كمثال سلوكي للإصابة بالأمراض القلبية ووصفهم بالأشخاص (نوع أ) وهم عادة يتسمون بالستراتيجية العنيفة والطموح، التنافس، العدوانية، القلق، مجابهة الواقع وعدم الرضوخ ؛ وهناك نوع آخر أشار إليهم (بالنوع ب) وهم جديين وناجحين ويعيشون حياتهم بصورة سهلة ونادراً ما يفقدون صبرهم ولا يميلون إلى التقيد بالتوقيتات الزمنية ويتكلمون بأسلوب متقطع وهادئ، أما أوصاف أفراد النوعين فهي:

إن أفراد النوع أ واثقون وثابتون ويميلون إلى الحسم في كل الأمور ولا يتهربون من المسؤولية، يجرون اتصالات هاتفية تتعلق بالعمل حتى عندما يكونوا في صالة الانتظار عند طبيب الأسنان أو طبيب القلب، ونادراً ما يهتموا بالمال وكلما ارتقوا في

مناصبهم ازداد شعورهم بأنهم يتقاضون أقل مما يستحقون، وما يؤخذ عليهم صعوبة تكيفهم وتناغمهم مع الآخرين، يناموا مبكراً ويصلون إلى مواعيدهم بدقة ويرغبون أن يكون الآخرين كذلك، لا يتذمرون من الطعام المقدم لهم ولا يبقون على موائدهم بعد الانتهاء من الطعام.

أما أفراد النوع ب فهم أكثر عقلانية ولا يمكن إغضابهم بسهولة وغالباً ما يكون رؤساء الشركات ومدرائها من هذه الفئة.

ولقد وجد بأن الإصابة بأمراض القلب التاجية بين أفراد النوع أ هي أعلى بمرتين أو ثلاث مما لدى أفراد النوع ب.

الضغط النفسي للمعمرين

تمكن بعض الباحثين من دراسة تأثيرات الضغط النفسي على الأفراد المسنين وذلك بفحص هؤلاء الذين يخضعون لتغييرات بيئية محيطية قاسية تجبرهم بعض الأحداث مثل نقصان الموارد المالية أو المرض على مغادرة أماكن سكناهم مما ينتج عنه وقوعهم تحت ضغط فقدان البيئة المألوفة تلك التي كانت تزودهم بدعم وسند نفسي، فضلاً عن الوقوع تحت ضغط متطلبات المسايرة مع مجموعة جديدة من المحفزات أو المنبهات في البيئة الجديدة الغير مألوفة بالنسبة لهم ؛ ولقد وجدت هذه الدراسة بأن الراحة النفسية والجسدية للمسن تتأثر بصورة عكسية مع التغيرات المفاجئة بين البيئة القديمة المألوفة بالنسبة لهم وبين البيئة الجديدة التي يصعب عليه مسايرتها، وقد يقود ذلك إلى الاكتئاب أو القلق، وعدم الاستقرار لفترة ما.

ومن جهة أخرى فإن دراسات عدة أظهرت أن الرغبة القوية في الحياة قد تطيل العمر ففي دراسة لي أجريتها عام 1997 في ولاية كارولينا وجدتُ أن نسبة ا لوفيات في المدن التي تزدحم باليهود تنخفض في الشهر الذي يسبق يوم الغفران المقدس

عندهم وكذلك الحال في فترة الانتخابات الرئاسية، مما يعني أن الناس يعيشون لفترة أطول ليعرفوا نتائج الانتخابات، وهذه النتيجة غريبة وطريفة في نفس الوقت، ربما تؤيدها أو تنفيها دراسات مشابهة إذا ما أجريت في ولايات أمريكية أخرى غير كارولينا وقد يحالفني الحظ للقيام بها إن كنت حياً.

أما نارديني 1995 فقد لاحظ خلال مراقبته لسجناء الحرب بأن الموت يأتيهم سريعاً حتى بوجود أقل اعتلال جسدي لأن الرغبة في العيش لدى هؤلاء السجناء ضعيفة، فيما تشير دراسات أخرى إلى نتائج معاكسة تماماً، فقد وجد آدم 1996 أن الرغبة في العيش تكون قوية حتى مع وجود المرض الجسدي الخطير وأن الحياة تستمر لدى المتفائلين ممن يحبون الحياة ومباهجها ولديهم خطط وآمال مستقبلية يطمحون في تحقيقها.

ونقل لي مدير مستشفى القديس اوغسطين بولاية ميريلاند عن خمسة مرضى أجريت لهم عمليات جراحية معتادة ولم يكن وضعهم الصحي والبدني يشير إلى أية خطورة أو نتائج سلبية، وأشار مدير المستشفى أننا كالمعتاد كنا نسأل المريض قبل إجراء العملية عن معنوياته النفسية وشعوره إزاء العملية، وقد عبر هؤلاء المرضى عن يأسهم من النجاة بعد العملية، وهذا ما حصل فعلاً فلقد توفي الخمسة رغم أن التكهنات الطبية التي سبقت العمليات ومجريات الأمور كانت سائرة بشكل صحيح ومطمئن، وهذا يعني أن الإرادة في العيش والتمسك بالحياة مهمة، فضلاً عن الراحة النفسية والبدنية.

أما الدراسة الارتباطية التي أجراها ليشان عام 1998 على مجموعتين من المصابات بسرطان عنق الرحم فقد سجلت المجموعة الأولى (تعاسة الطفولة، والحياة الزوجية القلقة، والمستقبل البائس...) أما المجموعة الثانية فقد تمثلت بياناتها في (طفولة

سعيدة، وحية زوجية مفعمة بالمودة والحب، والنظرة المتفائلة للمستقبل...) وقد أجابت 75٪ من مريضات المجموعة الأولى إلى أن الأمل بالعلاج بالنسبة إليهن هو محاولة فقط ولكن اليأس يكتنف كل واحدة ويراودها الشعور بالنهاية، أما مريضات المجموعة الثانية فقد أشارت 8٪ منهن فقط إلى مثل هذا الشعور.

ويعزو كاستنباوم في كتابه (الاستشرافات النفسية للموت)1999 إلى أن التاريخ الطبي الواسع والشامل يثير مسألتين تربطان الضغط واليأس بالتعمير المنخفض والأمل والتفاؤل بالتعمير المتزايد، وهاتين المسألتين احداهما منهجية والأخرى نظرية، وتتمثل المسائل المنهجية في تقنيات البحث وتصميم الدراسات تلك التي تركز على السؤال المهم المتعلق بالسببية، فعلى سبيل المثال أيهما يتسبب في الآخر المرض أم فقدان الأمل؟ أو هل ينقل الطبيب أو أحد العاملين في الفريق الطبي للمريض حقيقة مرضه عندما يدرك أن المريض يسير باتجاه حتفه، وعند ذلك يصبح المريض يائساً وفاقداً للأمل ويستسلم لقدرة المحتوم أم بالعكس؟

وما دمنا بصدد الحديث عن المسائل المنهجية فإنه يجب أن نقول أن بعض التقنيات المستخدمة في جمع المعلومات (كالملاحظة، المقابلة..)قد لاتكون دقيقة إلى حد قاطع وعندها فإن النتائج تصبح ضعيفة الموثوقية، وربما تكون الدراسات التجريبية أكثر أهمية وفائدة في هذا السياق لأنها في الغالب ذات إجراءات مرنة وتعتمد على الفحص والتدقيق، والتفسير المستند إلى خليفة نظرية محكمة ورصينة.

أما المسألة الثانية فتتعلق بالقضايا النظرية والمفاهيمية، فالعديد من الباحثين يستخدمون بعض المصطلحات دون أن يحددوا معانيها الدقيقة أو ماذا يقصدون بها، خذ مثلاً مصطلحي (الأمل واليأس) فقد وجد بعض الباحثين أن الأمل هو حالة نفسية ظاهرية يحركها التوقع والرغبة والاحتمالية الموضوعية، ولكن الواقع أن الأمل

والتوقع مصطلحين غير مترادفين فقد يكون لدى الفرد توقع لنتيجة معينة ولكن هذا التوقع إذا لم يصحبه مؤثر أو محرك فهو مجرد إحتمال وليس أملاً، فكلما كانت احتمالية الهدف كبيرة كلما زادت أهمية الهدف وارتفعت مستويات الأمل وكبرت التأثيرات الايجابية، وفي الجدول التالي نرى مثلاً أن مستوى الأمل يكون عالياً عندما تكون الاحتمالية المدركة للهدف الجيد عالية أو أن الاحتمالية المدركة للحدث السيئ واطئة أي أن يأمل الشخص بحدوث شيء جيد أن يحدث أو لشيء سيء أن لا يحدث، ومع ذلك نستطيع أن ندرس الأمل كحالة عامة أي بالاعتماد على تأثير الفرد المدرك من السيطرة على نتائج مستقبله، وهكذا فالأفراد يكونون مفعمين بالأمل عندما يدركون أن بإمكانهم السيطرة على نتائج مستقبلهم ويعلمون أن للآخرين سيطرة قليلة نسبياً على نتائجهم، بمعنى آخر (هم يرون أنفسهم متحكمين بقدرهم) واليك الجدول:

مستوى الأمل والهلع والعجز واليأس وعلاقتها بالاحتمالية المدركة للهدف

الحالة	الاحتمالية المدركة للأحداث		سيطرة الفرد على نتائج المستقبل	سيطرة الآخرين على نتائج المستقبل	الحالة المؤثرة
	الايجابية	السلبية			
الأمل	عالية	منخفضة	عالية	منخفضة	الشعور الايجابي
الهلع	منخفضة	عالية	منخفضة	عالية	القلق
العجز	منخفضة	منخفضة	منخفضة	عالية	الاكتئاب
اليأس	منخفضة	منخفضة	منخفضة	منخفضة	الاكتئاب الشديد

وعلى العكس من ذلك فإن الشخص اليائس لايؤمن بأن النتائج تتوقف على سلوكه ولا يؤمن بأن بإمكان شخص آخر أن يقدم له نتيجة أفضل لأنه يدرك بأن احتمالات الأحداث السلبية أو الايجابية بصورة منخفضة مما ينتج عنه اكتئاب شديد وتقهقر نفسي وجسدي.

كما يعد الانتقال من مكان إلى آخر (في السكن أو العمل) متغيراً كبيراً في حياة معظم الأفراد، وكما هو شأن بعض أحداث الحياة المهمة، فإنه قد يكون عامل ضغط ويتطلب ثمناً نفسياً وجسدياً من الفرد الذي يعاني من الانتقال، وقد أشارت الدراسات إلى أن فرص الوفاة بسبب الانتقال ترتبط بدرجة التغيير البيئي والصفات الفردية للأشخاص المتنقلين، ومن هنا نستطيع أن نصنف تاريخ الانتقال بسهولة بناءاً على بعدين هما : خيار الفرد في الانتقال، والتغير البيئي الذي سيلاقيه بسبب الانتقال، كما يمكننا أن نميز ثلاثة أنوع من التغير البيئي هي (الانتقال من مشفى إلى آخر، والانتقال من المنزل إلى المشفى، ثم الانتقال من المنزل إلى منزل آخر) وقد وجد بأن آثار الانتقال تكون ايجابية عندما ينتقل الفرد بشكل طوعي وعندما تكون درجة التغيير البيئي ضئيلة، أما الذين نُقلوا كرهاً من مكان إلى آخر مغاير مثلاً (من منزل إلى مشفى) فقد كانت آثار الانتقال سلبية وكبيرة مقارنة بالنتائج التي كانت نوعاً ما أفضل للأشخاص المنقولين كرهاً ولكن من مكان إلى آخر يوازيه (مثلاً من منزل إلى آخر أو من مشفى إلى آخر، وهناك طريقة أخرى لفحص البعد الطوعي واللاطوعي في الانتقال ألا وهي السيطرة والتحكم فكلما كان التغيير أقل شدة كلما ازداد تنبؤ الفرد عن كيفية ما ستكون عليه البيئة الجديدة، وكلما زاد الاستعداد للانتقال زادت إمكانية التوقع.

ويعد الانتقال واحداً من الأحداث الحياتية الضاغطة يمتد بتأثيراته إلى صحة الفرد، وتتراوح خطورته من وفاة أحد الزوجين وحتى الحصول على درجات واطئة في الامتحان، وقد طلبتُ أنا وزميلي شيلتون عام 1988 من مجموعة من طلبتنا أن يحتفظوا بمذكرات يسجلون فيها كل الأحداث المهمة، ودرجة التوقع والسيطرة عليها، وكل العوارض المرضية البدينة التي عانوا منها خلال شهرين، وقد كان معامل الارتباط بين عدد أيام المرض والعدد الكلي للأحداث الحياتية (+79 .0) أي كلما كان عدد الأحداث كبيراً كلما زادت أيام المرض التي يعاني منهاه الفرد، وعندما قمنا بفصل حوادث الحياة إلى حوادث مسيطر عليها وأخرى غير مسيطر عليها فإن معامل الارتباط بين عدد أيام المرض ونوع الأحداث كان (+57 .0) للاحداث المسيطر عليها و(+ 78 .0) للأحداث غير المسيطر عليها، كما حصلنا على نتائج مماثلة فيما يتعلق بالأحداث التي يمكن توقعها أو التي لايمكن توقعها.

ويدعم البحث التجريبي الشامل فيما يتعلق بالإنسان والحيوان النظرية القائلة بأن قابلية السيطرة والتوقع هي وسائط مهمة لاستجابات الكائن الحي للضغط، وهناك ثلاثة أنواع من السيطرة الشخصية هي (سلوكية ومعرفية وقرارية) وكل نوع منها يمكن أن تكون ذات فائدة في تخفيف التأثيرات السلبية الضاغطة، فالسيطرة السلوكية تعين وجود استجابات تؤثر بصورة مباشرة أو تخفف من التأثيرات الموضوعية لأي حدث مهدد، أي أن السيطرة السلوكية تقلل الضغط بتقليل الشك حول طبيعة الحافز المهدد وكيفية مواجهته ومتى ؟ أما السيطرة المعرفية فتشير إلى الطريقة التي يتم بها تفسيرات الحدث المهدد بصورة دقيقة مثال ذلك الحالة التي تسبق إشارة التحذير إذ أن هذه الإشارة تقلل الضغط.

أما السيطرة القرارية فهي دائماً فعالة عندما يكون مدى الاختبارات أو عددها متاح للفرد ففي دراسة أجراها كاستنباوم 1993أعطى فيها الخيار لمجموعة من المفحوصين في تجنب النتائج المتوقعة، فوجد أن الأشخاص الذين منحوا هذا الخيار قد واجهوا ضغطاً أقل في التقرير الذاتي من الذين لم يمنحوا الخيار.

وفي دراسة استخدمت فيها جرذان أليفة وأخرى متوحشة أظهرت النتائج الفسلجية أن الجرذان المتوحشة المحبوسة بطريقة محكمة تلغي أي أمل لها بالهروب قد ماتت متحرة إذا ألقت بنفسها في حوض مملوء بالماء داخل القفص، أما الجرذان الأليفة فإنا لم تقدم على الانتحار وظلت تقاوم ضغط الإجراءات المفروضة عليها، وهذا يعني أن مشاعر اليأس لدى الجرذان المتوحشة كانت أكبر لأنها لم تعتد هكذا إجراءات قاسية سابقاً، وقد أعيدت التجربة ولكن أتيح في هذه المرة أمام الجرذان المتوحشة أن تخرج لفترة وجيزة خارج محبسها ثم تعاد اليه، كذلك قام الباحثون بتغطيسها في الماء لبعض الوقت، وفي نهاية التجربة تبين أن هذه الجرذان كانت تكافح من أجل الهرب، ولم تظهر عليها علامات اليأس والاستسلام أو محاولة الانتحار، وقد بينت مرسمة القلب الكهربائية ECG [1] أن سبب الوفاة عند الجرذان اليائسة هو بطء معدل ضربات القلب على العكس من زيادته وكما هو متوقع.

وقد أيدت نتائج التشريح لهذه الجرذان البيانات الواردة على مرسمة القلب الكهربائية، فقد تبين أن هناك العديد من القلوب المضمخة بالدماء، كما استنتج الباحثون من هذه النتائج بأن ا لجرذان قد ماتت بسبب التحفيز المفرط للجهاز اللاودي (الباراسمبثاوي)

---

(1) Electrocardiographic

المحددات الاجتماعية

تعد الطبقة الاجتماعية والحالة الزوجية عاملان منبئان مهمان لطول عمر الإنسان، فالأشخاص المتزوجون لديهم توقع بحياة أطول من غير المتزوجين، كما أن الأفراد ذوي المكانة الاجتماعية العالية والتي تقاس (بالمهنة، الدخل، الثقافة..) يعيشون أطول من الأشخاص ذوي المكانة الاجتماعية المتدنية.

وفي دراسة أجرتها (روز 1996) على 149 محارباً في العقد الثامن من العمر كانوا قد شاركوا في الحرب الفيتنامية أخذت فيها الباحثة المعايير الاجتماعية والسكانية في اعتبارها، فوجدت أن متوسط ذكاء العينة هو 110 درجات على مقياس (وكسلر- بلفيو) لذكاء الراشدين فاستنتجت روز بأن الذكاء العالي يؤدي إلى ثقافة أعلى، كما أن الثقافة بدورها تسهل على المرء بلوغ وظائف مرموقة، أما الأشخاص ذوي الوظائف الأدنى فهم أكثر عرضة للمخاطر الوظيفية كالإعياء، واستنشاق السموم، والحرارة العالية أو الرطوبة المفرطة ؛ أما الأشخاص الأكثر ثقافة فإنهم يكونون أكثر ادراكاً لأهمية المحافظة على صحتهم.

الوظائف المعرفية

أشرنا سابقاً إلى أن الذكاء يتداخل مع المتغيرات الاجتماعية كالثقافة والوظيفة لزيادة طول حياة المرء، وتربط بعض الأدلة بين التوظيف الإدراكي العام وطول الحياة حتى لو لم يكن هناك اختلاف في الطبقة الاجتماعية، وقد أجرى (باترسون 1996) دراسة على 47 رجلاً مسناً استمرت أحد عشر سنة توفي خلالها 24 منهم وبقي على قيد الحياة 23 فقط، وقد تم جمع البيانات عن كل فرد واشتملت 600 متغير لكل منهم ؛ وقد كان هناك متغيران معرفيان يرتبطان بالتعمير بشكل مباشر هما الحالة

الذهنية، ودرجة تنظيم السلوك وقد اعتبرباترسون أن الحالة الذهنية هي مقياس لدرجة التدهور الذهني وللذكاء أيضاً، كما أن تنظيم السلوك يعكس (مستوى التخطيط، التعقيد، الصفات المتغيرة لحياة الفرد اليومية) ولقياس كل ذلك استخدم مقياس مؤلف من خمس درجات يقيس الجوانب العاطفية والاجتماعية إلى جانب الوظائف المعرفية، وقد تبين أن الحالة العاطفية والاجتماعية لاتنفصل عن الوظيفة المعرفية للفرد وأنها مهمة وضرورية أيضاً في تنظيم السلوك والممارسات اليومية التي تتطلب لباقة وذهناً متقداً وفعالاً، وأن الوظيفة المعرفية تعد منبئاً بارزاً للبقاء والاستمرار في الحياة ؛ وهذه النتيجة تؤشر (ضمناً) أن هناك ارتباطاً مباشراً بين الذكاء والتعمير، كما أن الحالة الزوجية يمكن هي الأخرى اعتبارها منبئاً مهماً للتعمير بسبب الدعم العاطفي والنفسي الذي يقدمه الشريك لشريكه الآخر، كذلك فإن القدرة المعرفية والذهنية ترتبط ايجابياً مع مدة الحياة، ففي هذا الصدد كتب بليك كالارك مقالة في مجلة رايدرز دايجست عام 1993 عنوانها (السعادة هي أفضل علاج وقائي) أكد فيها على المزاج المَرِح والرضا بالحياة كسمات مهمة للأشخاص المعمرين، وعلى الرغم من أن هذه الاستنتاجات مبنية على بيانات مقصوصة[1] إلا أن بحوثاً أخرى أكثر دقة وتنظيماً قد أكدت ودعمت هذه النتائج مشيرة إلى أهمية الرضا والاقتناع بالعمل كمنبئين ممكنين للتعمير.

استنتاج

لقد ركزنا في هذا الفصل على المحددات البيولوجية والاجتماعية والنفسية للتعمير، كما بيّنا اثر العوامل البيئية الأخرى كالتغذية، الضغط، الوضع النفسي،

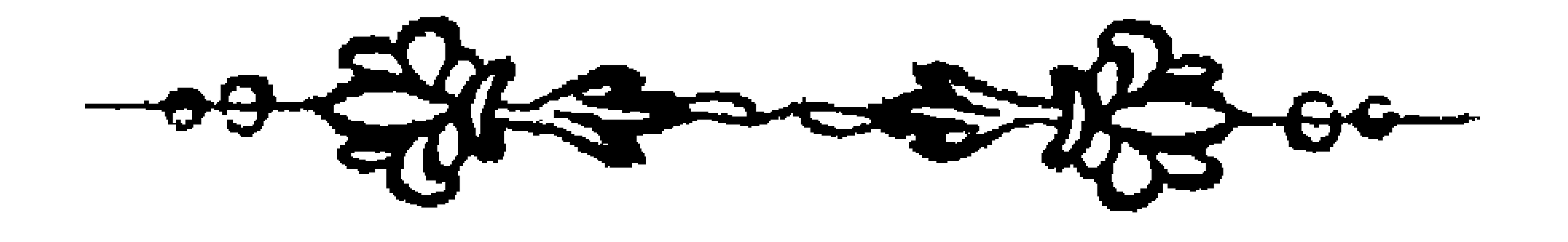
(1) مسرودة على شكل قصة (المترجم)

الدور الاجتماعي، نمط الحياة... ولاشك أن دراسة التعمير تحتاج إلى المزيد من الدراسات التجريبية والتتبعية والى استخدام مجموعتين متناظرتين أو أكثر، وتثبيت المتغير التجريبي ليصار إلى قياسه في نهاية التجربة، والواقع أن دراسات كالتي نقترحها هي ليست سهلة بل تحتاج إلى باحثين مؤهلين ومدربين ويمتلكون خلفية علمية مناسبة عن التعمير وعن مرحلة الشيخوخة، إضافة لذلك فإن بحوثاً من هذا النوع مكلفة جداً وتستغرق وقتاً طويلاً، وتحتاج إلى باحثين صبورين ليقدموا لنا خلاصة نتائجهم، يضاف إلى كل ما تقدم أن الخطورة في تجارب المسنين تكمن في الفقدان المتواصل للأفراد المبحوثين، أو استسلام البعض منهم للمرض لفترة طويلة مما قد يضعف النتائج أو يربك التجربة ويؤثر في استمراريتها.

الفصل السادس

ديمومة الموت:
الأسى والثكل

Surviving Death:
Grief And Bereavement



ديمومة الموت : الأسى والثكل

يعد الموت أزمة جماعية، وكذلك أزمة فردية فهو يتصل بالفرد الميت من جهة وبالآخرين الباقين من بعده من أقارب وأحبة وأصدقاء، وإذا كان الموت بالنسبة للمتوفي هو النهاية فإنه يعد البداية بالنسبة للأحياء، وفي معظم الحالات يكون الموت بداية صعبة تتميز بصدمة نفسية وجسدية مدمرة، وفي بعض الأحيان تؤدي إلى الموت، ولذلك فإن من أهداف هذا الفصل هو بحث تأثير الموت على الأحياء المرتبطين بالمتوفي عاطفياً ونفسياً.

ومعلوم أيضاً أن تأثير الموت مرتبط إلى حد بعيد بالظروف المحيطة به، لذلك فهناك نوعان متغايران من المعاناة والثكل بسبب الموت : الأول هو الأسى والحزن الذي يخلفه الموت المفاجئ غير المتوقع كالحوادث، والثاني هو الأسى والحزن الناجمين عن الموت المتنبأ به كالمرض المزمن والطويل الأمد.

وبما أن التعبير عن مشاعر الحزن والأسى يأخذ أشكالاً مختلفة وبعضاً منها تكون سيئة التكيف، فإن القسم الأخير من هذا الفصل سيتعامل مع مختلف المداخلات العلاجية المستخدمة للتقليل من ضغط الفقدان والثكل.

الجذور الاجتماعية لمفهومي الحزن والثكل

لقد تميز الحزن والثكل منذ زمن بعيد كاستجابات إنسانية مميزة للفقدان سواءً كان فقدان شخص أو أي كائن أو شيء مهم آخر، ومع ذلك فإن تاريخ البحث في الثكل لم ينل حظه من الدراسة فكتاب القرون الوسطى مثلاً قد تعرفوا على الأسى الناشئ عن المرض وأسموه الأسى المسبب للاكتئاب وسوداوية الانسحاب وظهرت مقالة بهذا الخصوص نشرت في لندن عام 1657م مدعمة ببعض الاحصائيات البسيطة.

وفي القرن التاسع عشر تم تطبيق علاج للحزن الذي يسبب السوداوية[1] وهذا العلاج هو جرعات كبيرة من الأفيون تعطى للمريض، لكن العالم النفسي الشهير فرويد Frued رفض هذا الأسلوب وطوّر تفسيراً جديداً للأسى النفسي الديناميي[2] Psychodynamic وأشار عام 1915 إلى أن الأسى يمثل انهيار حالة انكار الذات، أي أن النادب والثاكل يأسى لأنه لم يعد بمقدوره إنكار حقيقة الموت بعد ذلك، ويعتقد فرويد بأن الأسى هو عملية يقوم الفرد من خلالها بتحويل الطاقة التي تربطه نحو موضوع حبّه، وهذه الطاقة هي التي تقيد الذكريات والأفكار التي يثيرها التفاعل مع الشخص الميت، ولكي يتحرر الفرد من ارتباطه بالشخص الميت فإنه يقوم بعملية إنقاص هذه الطاقة، وهذه العملية أطلق عليها فرويد اسم (فرط أو زيادة تركيز الطاقة النفسية) وهذه تتطلب من الثاكل أن يدير ظهره لعالم الواقع، وأن يستثمر طاقاته من أجل إنقاص تركيز الطاقة النفسية للشخص أو الشيء المحبوب وذلك بتركيز ذهنه على الشخص المفقود ويعيد لوعيه كل ذكرى وثيقة الصلة بالموضوع وهكذا يتحرر الثاكل تدريجياً من الطاقة المتصلة به.

(1) السوداوية Melancholia : وتسمى أيضاً الجنون الساكت أو جنون الصمت ، وهي حالة مرضية يميزها الحزن والاكتئاب ،وهبوط النشاط العام ،والميول الانتحارية ،والأرق ورفض الطعام (المترجم).

(2) الديناميات النفسية Psychodynamics: أو مبحث القوى النفسية ، الذي يدرس ألوا ن الصراع بين أجزاء الشخصية ، ويفسر الأحلام على أنها وسائل للتوفيق بين رغبات الهو ودفاعات الأنا ، والأنا الأعلى ، ويصف التفاعلات وردود الأفعال الناشئة داخل الشخصية بين مختلف أجزائها متناولاً أصل هذه التفاعلات ، وأهدافها ، وتفصيلاتها الحاضرة (المترجم)

وتتساوق فكرة الشكل هذه مع المشاهدات التي تفيد بأن الأشخاص الذين يعانون حديثاً تنتابهم الهواجس المتعلقة بذكريات المتوفي، ويقضون وقتاً كبيراً في استعادة الأحداث بأذهانهم لاسيما التي سبقت الموت.

وقد طوّر (جون بولبي) وهو محلل نفسي انجليزي كبير نظرية بديلة لنظرية فرويد حيث يرى بأن لكل إنسان أفراد يولع بهم ويهتم كثيراً بالبقاء بقربهم نفسياً وجسمياً ويثير الابتعاد أو الانفصال عنهم أنماطاً سلوكية تحاول أن تجعل الاقتراب النفسي منهم دائم الحيوية والنشاط، وهذه الأنماط تختلف بحسب طول مدة الانفصال أو عند غياب أو وجود ما يهدد ذلك لأي من الطرفين، أي كلما كان الانفصال أطول والخطر أشد فإن هذه السلوكيات تكون أقوى ؛ ويستطيع المرء القضاء على هذه السلوكيات تدريجياً كلما أدرك أن جمع الشمل لن يحدث، وأنه أصبح أمراً مستحيلاً.

وهذه الفكرة كما يتضح لنا تختلف تماماً عما ذهب إليه فرويد من أن سلوك الثاكل يخدم عملية انفصالية عن الشخص الميت، أما (باولي) فقد شدد على أن في الحالات التي يكون فيها الفقدان دائمي فإن سلوكيات الأسى تكون سيئة التكيف لأنها تحاول أن تنجز شيئاً هو مستحيل تحت أي ظرف من الظروف، كذلك فإن (مواري باركس) قدم فكرة أخرى عن الثكل فقد وصفه بعملية الفهم التي يستطيع بواسطتها الإنسان أن يمازج بين الإدراك الداخلي والأحداث الخارجية، وأن تعديل اللاشعور يستغرق وقتاً طويلاً، كما أن تناقضات العالم الخارجي مع الإدراك الداخلي تؤدي إلى الاحباط، وهذا أمر يقلق الإنسان الثاكل ويزيد من توتره.

وبشكل عام فإن أيٍّ من الآراء الثلاثة سالفة الذكر لم تكن كافية للسماح باختبار وبحث دقيق لفاعليتها وصحتها فكلها مبهمة بما يكفي وإن دحضها بالوسائل العملية العادية أمر غير صعب، من ذلك فإن النموذج الذي قدمه فرويد عن الطاقة كان

غامضاً ويصعب التدقيق فيه، فالطاقة الذهنيـة هـي مـشابهة للطاقـة البدنيـة بطريقـة أو أخرى ولكن من الصعب علينا تصور إمكانية قيـاس الطاقـة الذهنيـة بـشكلها المطلـق، لذلك فإن من الأوفق أن توظف الآراء كمؤشرات تقريبية لفهم عملية الثكل ومعناهـا لا لتفسيرها كما جاء به فرويد.

ومنذ أكثر من خمسين عاماً مضت خصصت مجلة (علم نفس الشواذ وعلم الـنفس الاجتماعي) عدداً كاملاً ضم الكثير من المقـالات عـن المـوت والثكـل منهـا مـا كتبـه (توماس إليوت) في ذلك العدد تحت عنـوان (خطـوة نحـو علـم الـنفس الاجتمـاعي) دعى فيه إلى تطبيق التقنيات الحديثة لتـواريخ الحالـة، ودراسـة المجموعـات، والتحليـل الموثق لدراسة الموت بشكل عام، والثكل بشكل خـاص حيـث قـدم أشـكالاً وصـوراً مفصلة لتحليل قصص حالة الثكل.

كما ناقش في نفس العدد عالم نفسي أمريكي هـو (هـوارد بيكـر) الاختلافـات في ظهور الأسى باعتباره انفعالاً أولياً معتمداً على كتابات مـن سـبقوه وعلـى مـشاهداته الشخصية وعلى أمثلـة مـأخوذة مـن التـاريخ فوصـف بيكـر مظـاهر الحـزن وبـين أن أشكاله التعبيرية تتراوح بين الشدة والعنف الظـاهري إلى نـوع مـن الرواقيـة[1] الهادئـة حيث تصبح المعاني صامتة ظاهرية، فالإحساس المفاجئ الذي يصاحب المـرء بـأن كـل شيء قد ضاع يتجمع بهدوء في القلب، ومن الصعب علـى الإيحـاءات والكلمـات أن تنقل هذه الأحاسيس إلى الخارج فيما بعد.

---

(1) الرواقية Stoicism : مذهب فلسفي أنشأه زينون حوالي عام 300 ق.م زعم فيه أن الأفعال الإنسانية متصفة بصفة السوية ، وأن هناك وسط بين الخير والشر ، وأن الرجل الحكيم يجب أن يتحرر من الانفعال ويكون متزناً ولا يتأثر بالفرح أو الحزن ، وأن يخضع مـن غـير تـذمر لحكم الضرورة القاهرة (المترجم)

الموت المتوقع وغير المتوقع

هناك فرق بين الموت المسبب للأسى العميق عندما يكون عارضاً ومفاجئاً أو أن يكون المتوفي شخصاً صغيراً بالسن، فالموت المسبب للأسى الخفيف هو ذلك الذي يكون فيه المتوفي قد عانى من مرض عضال أو أنه كبير السن، عندها يكون الأسى أقل من الحالة الأولى لأن الشخص الذي يعاني من موت قريب له يكابد لفترة ما من الأسى المتوقع قبل حدوث الوفاة.

وربما هناك من يعارض هذا الرأي ويرى بأن الاستجابة قبل الموت يجب أن لا تميز كعملية أسى فالإنسان الذي يعاني من فقدان متوقع لايعيد ترتيب وتنظيم نفسه بادراك وعاطفة لكي يحزن قبل حدوث الوفاة، ولو كان هذا صحيحاً فإن ذلك يعني أن الأسى المتوقع وغير المتوقع سيتبعان نفس المسلك، ومع ذلك فإن هذه ليست هي القضية لأن المعاناة بسبب الموت غير المتوقع مختلفة كمياً ونوعياً عن الأسى الناتج عن الموت المتوقع، وعندها تكون النتائج للموت المتوقع عموماً أقل قسوة لكلا الجنسين.

من جهة ثانية فإن هناك بيانات إحصائية تشير إلى أن احتمالية الزواج مرة ثانية وإعادة تنظيم التكيف الحياتي من جديد هو شائع بين الأرامل اللاتي مات أزواجهن بصورة متوقعة (أي بسبب المرض الطويل مثلاً) عنه بالنسبة للأرامل اللاتي مات أزواجهن بصورة غير متوقعة (أي بسبب حادث طارئ ومفاجئ).

أما فيما يتعلق بالرجال فإن هذه البيانات قد أشارت إلى تشابه نتائجهم مع نتائج النسوة الأرامل، ولكن بشكل أخف قليلاً، ولغرض تفسير مثل هذه النتائج فإن هناك أربعة مراحل لعملية الأسى المتوقع هي:

1. الاكتئاب
2. القلق المتزايد نحو الشخص المريض

3. تكرار الوفاة

4. محاولة التكيف مع نتائج الوفاة.

ففي المرحلة الأولى(الاكتئاب) – وهو وصف دقيق بدون شك لتلك الاستجابة الأولية للموت الوشيك – قد لا يكون محتملاً بأن هذا الشعور الذي يسبق الوفاة يقلل الاستجابات العاطفية بعد الوفاة بل قد يكون العكس هو الصحيح أي أن مشاعر الاكتئاب قبل الوفاة لاتكون مصحوبة بالأسى فيما بعد فلقد كشفت بيانات استندت إلى مقابلات تم جمعها من أرامل من مختلف الأعمار في مدينة سينسيناتي Cincinnati عام 1999 أن النسوة اللاتي أفدن في المقابلة بأنهن (نعم مكتئبات قبل الوفاة) قد كنّ بالفعل مكتئبات أيضاً بعد الوفاة، وفي دراسة أجراها غراهام 1993 على عينة من الأرامل في مدينة كامبردج وجد أن هاته النسوة كن في حالة استياء بسبب مرض أزواجهن وقد استمرت حالة الاستياء هذه بعد موتهم، ولذلك فقد استنتج بأن الاكتئاب قبل الموت لا يقلل من الصدمة العاطفية بعد الموت.

أما المرحلة الثانية وهي (القلق المتزايد نحو الشخص المريض) فمن المحتمل أن تكون أفضل مرحلة ملائمة لتفسير الاختلافات والفروق في المعاناة بسبب الموت المتوقع وغير المتوقع إلى الحد الذي يسهم فيه الشعور بالذنب مع الاستجابات المؤذية للمعاناة، فالشخص الذي يعاني مع الشخص المتوفي يشعر بذنب أقل ولذلك فعليه أن يُظهر تأثيرات سلبية للمعاناة والثكل بصورة أقل، فالزوجة التي تتوقع وفاة زوجها، لديها فرصة أكبر لتكفّر عن نفسها من تلك التي يتوفى زوجها بغتة فتفكر حينئذ بكل الأشياء التي كان بمقدورها أن تفعلها لزوجها ولكنها لم تفعلها.

أما المرحلتين الثالثة والرابعة أي (تكرار الوفاة ومحاولة التكيف مع نتائج الوفاة) فهما مرحلتان مفيدتان في تفسير الفروق في التأثير بين الوفيات المتوقعة وغير المتوقعة،

فلقد تعلمنا وعبر عقدين من البحوث التجريبية والدراسات المتنوعة في مجال علم النفس الاجتماعي بأن أحداث الحياة الضاغطة والشديدة الوطأة تعد أموراً يمكن التنبؤ بنتائجها، لذلك فإن القيام بمحاولات التعديل والضبط لنتائج الموت تصلح لنفس العملية، ومن خلال التفكير والتحضير للموت المتوقع وتصبح فترة ما بعد الموت أكثر تحكماً وسيطرة لدى الشخص المُعاني.

إن الحصيلة الأخيرة للموت المتوقع هو أن يدرك كل إنسان بأنه عملية أقل غموضاً ومن ثم أقل رعباً مما نتصور، صحيح أنه حدث مؤذٍ وقد يرتبط بمرض لكنه كنتيجة معروف لكل ثاكل ويستطيع إلى حد ما أن يخطط حياته لتجنب إمكانية الإصابة بنفس المرض.

إن الموت الذي يحدث فجأة وبصورة غير متوقعة كما في حالات الحوادث المختلفة كالانتحار أو القتل أو حوادث السيارات... فإن الأحياء لا يفهمون بدقة لماذا حدثت الوفاة ويبقون ولفترة ما يعيشون خوفاً مرعباً من أن يحدث ذلك مرة أخرى لهم أو لشخص آخر يحبونه، فعلى سبيل المثال فإنه من الشائع أن تجد أرملة تخاف الخروج مساءً لأن زوجها قد قتل بطلقة طائشة ذات ليلة، أو أن رجلاً ماتت زوجته محترقة في البيت فهو يتوقع الشر على الدوام في البيت، ويعيش مثل هؤلاء الأفراد حالة الموت كوجود ثابت يستطيع أن يهاجمهم مرة أخرى بصورة غير متوقعة كما حدث لهم من قبل لا بل أن البعض من هؤلاء قد تدفعه مثل هذه الأحداث للعزوف عن الزواج مرة أخرى، فالأرملات اللواتي لم يتوقعن موت أزواجهن لايتزوجن مرة أخرى ويرفضن فكرة الزواج حتى لو حصلت ضغوط عليهن بهذا الخصوص لأنهن لايردن أن يجازفن مرة ثانية بفقدان غير متوقع أو بوضع أطفالهن في مواقف مجازفة أيضاً.

أعـــراض الثكــــل

قام ايريك (لندمان 1998) بدراسة على 101 مريضاً ممن تم إنقاذهم مـن حريـق مدينة كوكونت بولاية بوسطن، وكذلك بعض أقرباء الأفراد في القـوات المـسلحة ممـن توفوا أثناء الواجب ؛ وقد لاحظ لندمان الأعراض الآتية عليهم:

1. حزن ذاتي مكثف، ولوعـة شـديدة لـدى كافـة المفحوصـين ممـن فقـدوا أحبتهم في الحريق أو في القوات المسلحة.
2. ضيق التنفس والشعور بالاختناق مع التهابات الحنجرة.
3. شعور بآلام مختلفة في البطن وتقلصات في الأمعاء والقولون.
4. هبوط في القدرة العضلية ووهن واضح في الجسم.
5. نوبات هستيرية متنوعة كالبكاء والعمى أو الصمم أو الشلل الهستيري.
6. أعراض نفـسية مختلفـة ومتباينـة مثـل الـشعور بالـذنب، عـدم الرغبـة في الحياة، القلق والضيق والتوتر وعدم القدرة على التركيز.

وقد استمرت دراسة لندمان لفترة طويلة أشار فيهـا إضـافة لمـا تقـدم أنواعـاً مـن السلوك غير الطبيعي لدى بعض المرضى، فقد وجـد أن الـذكور النـاجين مـن الحريـق كانوا في بعض الأحيان يظهرون نشاطاً مسعوراً، وتظهر لديهم حالة من التوتر الـشديد وتقلص عضلات وجوههم وأيديهم، أو تظهر على وجوههم علائم الرعب والخوف، أو تحدث للبعض منهم انهيارات عصبية مفاجئة، كمـا أشـارت الدراسـة إلى أن أفـراد العينة جميعاً قد خضعوا لرعاية نفسية عالية المستوى ووصـل أغلـبهم إلى درجـة المعافـاة

التامة، فقد تمت متابعتهم بعد خروجهم من المستشفى لفترة غير قصيرة لحين اندماجهم بالحياة مجدداً وبدرجات متفاوتة بالطبع.

وتضمنت الخلاصة التي قدمها لندمان تقسيماً لاستجابة الثكل الاعتيادية إلى ثلاثة أطوار لكل طور حدوده المؤقتة واستجاباته السلوكية المميزة وسنقوم بعرضها فيما يلي:

1. الاستجابة الأولية

وتبدأ حالما يقع الموت وتستمر لعدة أسابيع بعد التشييع، وتكون ردّة فعل الشخص القريب من المتوفي على شكل صدمة وعدم تصديق وتبلد أحاسيسه وتبرد مشاعره وتصبح جوفاء ومشوشة، ويستمر رد الفعل الأولي لعدة أيام ثم يتراجع إلى الحزن الذي يُعبَّر عنه بالبكاء والعويل، وقد تستمر فترته إلى عدة أسابيع، وأثناء هذه الفترة يكون الشخص الثاكل في صراع مع مشاعره، ويجد الراحة فيمن حوله ممن يقومون بتهدئته وشد عزيمته.

ويشير لندمان إلى تقرير كتبته سيدة كان زوجها قد توفي من قبل تقول : لقد منعني زوجي قبل وفاته من إظهار حزني وقال لو حصل لي أي مكروه فلا أريدك أن تنهاري بل أريدك أن تتصرفي مثل جاكلين كندي، ولأنك تعرفين شجاعتي وبسالتي فإني أرجو منك أن تكوني فذّة وصلبة مثلي ولا ترفعي صوتك بالبكاء أو النحيب، ثم تقول لذلك فأنا دائمة الصلاة لله ليمنحني الشجاعة لتطبيق وصية زوجي ؛ ورغم أن موكب تشييعه كان حزيناً ومؤثراً إلا أني تصرفت كما أوصاني، مع أني كنت قلقة وخائفة من فشلي بعدم قدرتي على التصرف بالشكل الذي أوصى به، فلقد بكيت

بهدوء ثم صليت وقلت تضرعاتي الأخيرة، وهذا كل شيء، غير أني مازلت أفكر به وهو يوصيني بأن لا أبكي فعندما أكون وحدي وأفكر به أشعر بالانهيار".

إن الجهد الذي يقوم به الأطباء وأقرباء الثاكل وأصدقاؤه سيسهم بلا شك وبمرورالوقت في تعديل سلوكه وتشجيعه على كبت استجاباته الانفعالية والتصرف بشكل أفضل، وقد أشار مختصون في علم النفس الاجتماعي مثل (داريل 1997) إلى أن الناس لايقررون كيف يشعرون ثم يتصرفوا في ضوء مايشعرون به لكنهم ينتبهون إلى سلوكهم واستجاباتهم ثم يعبرون بعد ذلك عن حقيقة مشاعرهم، ولو طبقنا ذلك على سلوك الثاكلين فهذا يعني أنه يتعين عليهم أن يشعروا بحال أفضل بعد أن يلاحظوا ما يحصل لهم جراء بكائهم وعويلهم.

يضاف إلى ذلك فإنه يتعين على الثاكل أن يتعلم التعامل مع القلق المتقلب والخوف من الانهيار ويتكيف معهما، وهذا الأمر تشكو منه النساء الثاكلات أكثر من الرجال فلقد أدلت السيدة (ف) لطبيبها د. براولي بالمخاوف الآتية:

"أخاف في بعض الأيام من أن أصاب بانهيار عصبي، ففي بعض الأحيان الاحظ أنني أسلك بعصبية زائدة عن الحد وأنني مستعدة للصراخ وخصوصاً عندما أكون لوحدي أو عندما أتضايق من معالجة أمر ما كان زوجي يقوم به في حياته، وفي بعض الأحيان عندما أكون لوحدي في البيت فإنني قد أستغرق في الحديث مع نفسي، وعندما انتبه أجدني أتكلم بصوت عال أو أشير بأصابعي أو راسي كما لو أن أحداً أمامي أحادثه".

وفي معظم الحالات تقريباً فإن الثاكلين يدركون أن هذا القلق المسيطر عليهم مرتبط بما جرى لهم من فقدان لأحبائهم لذلك فإن كلاً منهم قد طوّر لنفسه آلية

للتعامل مع هذه الحالة كاللجوء إلى العقاقير المهدئة أو المنومة أو الكحول أو التدخين، بينما يحاول آخرون اشغال أنفسهم بأمور حياتية ليتمكنوا من كبت هذا القلق، وقد سجل ذلك (رامسي) في إحدى دراساته من أن 28٪ من النساء الأرامل كنّ يتناولن الكحول وبوتيرة متزايدة تصل حد الادمان، أما 27٪ فيتناولن المهدئات، وعندما قارن نتائج هذه المجموعة (الثاكلة) مع مجموعة أخرى (اعتيادية) وجد أن هناك فرقاً واضحاً يشير إلى زيادة كبيرة في نسبة التعاطي لدى مجموعة الثاكلين، كما وجد أن الرجال كانوا أكثر ميلاً لتعاطي الكحول من النساء اللواتي كن يستخدمن العقاقير المهدئة.

2. الطور المتوسط

يبدأ الطور الثاني للمعاناة الاعتيادية بعد عدة أسابيع من مراسيم التشييع وتنتهي بعد مرور عام تقريباً حيث يتعين على الأرمل أو الأرملة مواجهة الواقع والعيش بدون شريك، وتتميز هذه المرحلة بثلاثة أنماط سلوكية بارزة تستحوذ على الثاكل هي الهواجس والأفكار غير السوية واسترجاع المشاهد التي رافقت عملية الموت، وقد يلوم الثاكل نفسه بأفكار مثل (لو أني كنت قد نبهته إلى ربط حزام الأمان) أو (لو كنت قد أجبرته للذهاب إلى الطبيب بصورة عاجلة..) وخلال ذلك تتم معاينة نقاط الاختيار المهمة التي أدت إلى الموت، وبمرور الوقت يتم إدراك عدم جدوى هذه النظرة ويتم قبول النتيجة الحقيقية ألا وهي الموت.

أما النمط أو المظهر الثاني ضمن هذا الطور فهو البحث عن معنى للموت فالثاكل يريد أن يفهم لماذا حدث هذا ؟ ولدينا نماذج حيّة بهذا الخصوص منها قول هذه السيدة التي توفي عنها زوجها إذ تقول : "أتمنى لو أن أحداً ما يستطيع أن يجلس

ويشرح لي لماذا زوجي بالذات هو الذي عليه أن يموت ؟ أنا أعرف أن الموت يحدث لكل الناس ولكن لماذا اختار زوجي من دون الناس ؟".

إن أوضح صورة للطور المتوسط يمكن أن تثير اهتمام الباحث والمختص هي محاول الثاكل أن يعرف لماذا اختار الموت من يحبه، فعلى سبيل المثال قد تسبب مشاهدة التلفاز في المساء بعض الأشخاص الذين يشبهون المتوفي، وهذا الأمر سيثير بالطبع أشجان محبيه من الثاكلين ؛ وقد يكون الشعور بوجود الفقيد قوياً في بعض الحالات خصوصاً عندما يتوهم الثاكل بأنه قد رأى الفقيد أو لمح طيفه أو خياله في البيت أو في مكان ما، ومثل هؤلاء الأشخاص يتطور لديهم نظام الإدراك الحسي فيصمموا على التحقق مما يترائى لهم فيتجهوا نحو المكان المزعوم، وقد ينادي الثاكل على الفقيد ويتوقع أن يرد عليه، وهذه الظاهرة تتكرر أكثر ما يمكن بين الأشخاص الذين مات محبوهم بصورة فجائية وغير متوقعة.

ويشير لورنز (وهو باحث مرموق في علم نفس الحيوان) إلى أن ظاهرة البحث عن المتوفي تعد من أكثر الظواهر التي يتشابه فيها الإنسان والحيوان فقد وصف لورنز استجابة إوزة فصلت عن رفيقها بأن أول استجابة لها هي اللهفة التي اكتنفتها وهي تتلفت في كل الاتجاهات، ثم حركتها القلقة ليلاً ونهاراً والطيران لمسافات طويلة والذهاب إلى بعض الأماكن التي تعتقد وجود شريكها فيها وتطلق طول الوقت أصواتاً حادة ثلاثية المقاطع، وغالباً ما تضيّع الإوزة نفسها أو تموت في حادثة بسبب سعيها الحثيث هذا عن رفيقها.

وقد أوجز بولبي أيضاً صوراً مشابهة لما قدمه لورنز عن سلوك الغراب الثاكل، والكلاب الأليفة، والقردة المسماة بانسان الغابة (لشبهها الشديد بالإنسان) والشمبانزي وغيرها.

إن أنواع السلوك الثلاثة المميزة للطور المتوسط من تسليط الهواجس والبحث عن فهم للموت، والبحث عن وجود المتوفي، هذه الأنواع تتناقص شدّتها بمرور الوقت ويعود الاتزان الوظيفي لمعظم الثاكلين خلال عدة أشهر بعد الوفاة ويتحقق الشفاء الكامل للكثيرين في نهاية السنة، فقد سجل غاري وآخرون بأن 61٪ من النساء الأرامل ممن تمت دراستهن توافقن مع العبارة التي تقول (بدأت أشعر باستعادة ذاتي ثانية) بعد عدّة أشهر من الوفاة، ومعظم النسوة الثاكلات ممن خضعن للدراسة وبعد مرور سنة على فقدانهن لأزواجهن بأنهن يشعرن بالسيطرة على حياتهن وأنفسهن ولم يعد للدموع مكان في حياتهن.

3. طور التعافي

يباشر الثاكلون مع بداية السنة الثانية من فقدانهم لحبيبهم في المرحلة الثالثة وهي الأخيرة في معاناتهم تلك هي مرحلة الشفاء والتعافي، وغالباً مايسبق هذه المرحلة اقتناع بعد جدوى العيش في الماضي، وأن الحياة لابد أن تستمر الآن ويصبح معظم الثاكلين أقل عدوانية، ويقل مستوى الكره والحقد لبعض المواقف الاجتماعية، ويبدأ الثاكل ولأول مرة بالبحث عن لقاءات اجتماعية مع الآخرين، وإن كان البعض يجد في مثل هذه اللقاءات أو المشاركة فيها أمراً ليس سهلاً في البدء، وقد ينتاب البعض منهم إحساس بالهامشية أو (إن الناس يتعاملون معه كما يتعاملون مع المعاقين تقريباً) كما يقول لندمان : إن الثاكل لحبيه ينظر إلى نفسه بعد مرور سنة وقد تعافى مما ألم به من حزن واسى جراء ثكله على أنه أمر جيد ويكاد يكون معجزة فقد كان يتصور أنه قد وقع في محنة من الصعب عليه تجاوزها لذلك فإن بعضهم يندهشون عندما يفعلون ذلك ؛ وتزودنا أرملة في هذا الصدد بقولها : "لقد كافحت وشققت طريقي للعودة إلى

حياتي الطبيعية ربما بشكل أقوى من الماضي، وأشعر الآن بأني أملك قوة كبيرة للتعامل مع أية أزمة عاطفية مهما كانت بشكل أسهل مما جرى لي في فقدان زوجي".

ولا شك أن هناك مصدر ثالث للثقة بالنفس ذلك هو المستودع الكبير من مهارات العيش اليومية التي يتعين على الثاكل اكتسابها من أجل البقاء والاستمرارية، فلقد وجدت دراسة (كليك 1999) أن كل النسوة الأرامل قد طوّرن مهارات جديدة كانوا يعتبرونها فوق حدود طاقاتهن وقدرتهن قبل الترمل مثل التصليحات المنزلية البسيطة، والاهتمام بالشؤون اليومية، والسيارة، والموازنة المالية للأسرة...وهكذا، وقد كان لاكتساب مثل هذه المهارات دور كبير في استمرارية الحياة والشعور بالكفاءة النابع من الثقة بالنفس.

الانعكاسات المرضية للثكل

لاشك أن هناك اختلافاً واضحاً بين الحزن المرضي والحزن الطبيعي من حيث القوة والمدة، فعلى سبيل المثال فإن كلاماً مثل(افتقده في كل لحظة في اليوم، أريد زوجي في كل دقيقة، ولكن لا أنا ولا أنت ولا غيرك يستطيع اعادته..) إن مثل هذا الكلام المفعم بالحزن ما هو إلا انعكاس طبيعي للحزن الذي يكتنف الشخص الثاكل لاسيما في الأسابيع الأولى التي تلي الموت، ولكن في حالة سماع مثل هذا الكلام بعد سنة أو أكثر فإنه يعد حزناً مرضياً وغير طبيعي.

وقد درس ليندمان عينة من الثاكلين عددهم 41 فرداً من الجنسين فوجد أن أبرز سمة لحزنهم المرضي هي بطء الاستجابة العاطفية لبضعة أسابيع بعد تعرضهم للثكل والحرمان، وكانوا يشكون من أعراض اضطرابات نفسية ربما لو استمرت فإنها ستسبب أضراراً نفسية دائمية، واشار ليندمان إلى أن 31 فرداً من مجموع العينة كانوا مصابين بالتهاب القولون، فضلاً عن أمراض أخرى كالربو والتهاب المفاصل كما وجد أيضاً أن فترة ما بعد الثكل اتسمت بتغير كلي في السلوك وعداء واضح لأشخاص معينين، وحساسية كبيرة تجاه الأصدقاء والأقارب وعدم القدرة على القيام بنشاط أو عمل بدون توجيه أو ارشاد الآخرين، وكان بعض الثاكلين يقوم بتصرفات مؤذية لحالته الاقتصادية والاجتماعية مثال ذلك فإن ليندمان وجد في هذه الدراسة أن بعضهم قد تخلى عن بعض ممتلكاته الخاصة وانشغل في أعمال تجارية خاسرة وغير ذات فائدة، وقسم منهم قد تخلى عن أصدقاءه أو سلك معهم سلوكاً طائشاً أبعدهم عنه، يضاف إلى ذلك أن جميع أفراد العينة قد أقروا أنهم يعانون من توتر وهيجان وأرق وشعور بالانعدام ولوم الذات والحاجة إلى العقاب.

وأشار (باركس 1997) بعد الفحوصات التي أجراها لخمسة وثلاثين ثـاكلاً مـن الجنسين أن 25 منهم قد طلبوا منه المساعدة للتخلص مـن الكآبـة، واكتـشف أن سـتة من هؤلاء المفحوصين كانت لديهم مشكلات تتعلق بالادمان علـى الكحـول، وخمـسة لديهم أعراض الوسواس القهري، وأربعة لديهم فوبيا[1] حادة، وأشـار الـبعض مـنهم إلى معاناتهم من الأرق وتأنيب الضمير والاغماء، وآلام في الصدر، والشعور بالـذنب، والصداع، وتساقط الشعر.. وبنتيجة التعمق في الفحص ظهر أن اثنين من المفحوصـين يعانون من أمراض نفسية حادة كالهلوسة والهـذيان، وقـد أقـرّت إحـدى المفحوصـات أنها دائمة التقريع لنفسها، وتشعر بالذنب الشديد لأنه كان بإمكانها أن تفعـل شـيئاً مـا حيال موت زوجها.

من جانب آخر أظهر (كروست 1998) أن أغلبية الثاكلين الـذين عرضـوا عليـه لفحصهم والتأكد من أمراضهم كانت شكاواهم آلام شديدة في الصدر- وهي إحـدى مظاهر الجلطة القلبية – فيما أشار آخرون إلى أوجاع تتشابه مع أعراض سرطان الرئـة، كما وجد أن إحدى المفحوصات تعاني مـن هـستيريا حـادة كانـت تجعلـها في خـرس وصمم تام عندما تنتابهـا، وذكـر كروسـت أن كـل هـذه الأعـراض لـيس لهـا أسـاس مرضي في الواقع وأن هؤلاء المفحوصين كانت صحتهم العامـة جيـدة إلى حـد لا يـثير الشكوى التي أبدوها.

(1) الفوبيا Phobia : خوف شاذ ودائـم ومتكـرر ومتـضخم ممـا لايخيـف في العـادة ، ولايعـرف الإنسان له سبباً ، وقد يكون عاماً غير محدد ، وهمي أو غير حسي.(المترجم).

النتائج السلوكية والفسيولوجية للحزن

لقد وصفنا المجرى العاطفي لكل من الحزن الطبيعي والمرضي، ويتضح من هذا الوصف أن الحرمان هو تجربة غير سعيدة على الرغم من أن أشياء جيدة قد تعقبها، وعندما يتم فحص الأفراد المحرومين والثاكلين يظهر بوضوح بأن الحرمان يمكن أن ينتج عنه تغيرات سلوكية ونفسية مدمرة، فعلى سبيل المثال فإن الأب أو الأم الذين فقدوا أحد أبنائهم غالباً ما يظهرون تغيرات سلوكية لها تأثير سلبي على الأبناء الآخرين الباقين على قيد الحياة، أما الأطفال الذين يحرمهم الموت من أبويهم أو أحدهما أو من بعض إخوتهم فإنهم غالباً ما تكون لديهم مشاكل في حياتهم المستقبلية أكثر من أقرانهم الآخرين الذين لم يمرّوا بتجربة الفقدان هذه.

وفي هذا السياق قدم (ماركوشن 1993) دراسة إحصائية كشف فيها بأن الأطفال الذين يفقدون آبائهم أو أمهاتهم خلال فترة الطفولة فإنهم عندما يكبروا ويتزوجوا فإن مدة الزواج لا تستمر فترة طويلة قياساً بأقرانهم الآخرين الذين لم يمروا بتجربة الفقدان، كما أظهرت الدراسة أيضاً أن نسبة الجرائم لدى الذين عانوا من الحرمان والفقدان هي أعلى مما لدى أقرانهم الاعتياديين ؛ ورغم أن الأدبيات المتعلقة بالحرمان من الوالدين أو أحدهما في فترة الطفولة واسعة وزاخرة بالمعلومات إلا أنه من الصعب اعطاء استنتاجات عن تأثير الحرمان لأن المسافة الزمنية بين موت الأب أو الأم وظهور الاضطراب السلوكي غالباً ما تكون طويلة، إلا أن الدليل المقنع على التأثيرات السلبية للحرمان تأتي من دراسة النساء والرجال المترملين حتى أن صحيفة نيوزويك في أحد أعدادها لعام 1995 أطلقت تسمية (البؤساء) على هؤلاء المترملون وفاقدي أحبتهم، مشيرة إلى أن حدوث الوفاة في العائلة يزيد بشكل كبير من معدل الوفيات بين الأقارب من الدرجة الأولى وبشكل خاص الزوجة أو الزوج الباقي على

قيد الحياة، وأشار برناندولين الباحث الذي أجرى هذا البحث لحساب الصحيفة بأن حدوث الوفاة في العائلة يضاعف بشكل كبير من معدل الوفيات بين الأقارب الحميمين من الدرجة الأولى وخاصة الزوج أو الزوجة الأحياء ؛ وقد حلل برناندولين شرائط صوتية مسجلة لـ (371) فرداً من سكنة ليلندولس وويلز ممن توفوا خلال ست سنوات مضت وقورنت نسبة الوفيات في نفس الفترة مع مجموعة مماثلة من نفس المجتمع، فكانت نسبة الوفيات بين الأقرباء أعلى بمعدل سبع مرات مما لدى المجموعة الضابطة خلال السنة الأولى من المعاناة بسبب فقدان الأحباء، وهذا الاختلاف يعد سمة مميزة عندما تتم مقارنة المجموعتين ببعض، كما أظهرت النتائج أيضاً إن فجائية الموت هي عامل مهم أيضاً في الحرمان عند وفاة أحد الأقرباء خلال سنة، حيث يقل بمرتين مما لو أن هذا القريب قد توفي فجأة في المستشفى بدلاً من الوفاة ببطء في البيت.

ورغم الدراسات الكثيرة المشابهة التي أجريت بهذا الخصوص إلا أن الاستنتاجات والتصورات التي خرجت بها تثبت أن عملية تفسير بعض الفروض أو استبعادها أمر عسير وصعب مما يستدعي عرضها كما هي لنتمكن فيما بعد من الخروج باستنتاجات واضحة ومقبولة، وفيما يلي عرض لهذه الفرضيات:

1. **فرضية الاختيار:**

هذه الفرضية تقرر بأن نسب الوفيات في معظم الدراسات التي في هذا المجال غير دقيقة، لأن الأرملة التي تتمتع بصحة جيدة تميل للزواج مرة أخرى وبسرعة، بينما تميل الأرملة المريضة للبقاء على حالها، وقد أورد (يونج وبيرناردو واليس 1996) تفسيرات تناقض هذا الافتراض في دراسة اجريت على 4486 أرملاً من كلا الجنسين، فقد تبين بأن التأثير النفسي في كون الإنسان أرملاً كان شديد الوقع خلال الأشهر الستة الأولى بعد الوفاة، وتعود نسبة الوفيات إلى وضعها الطبيعي وتصبح

متساوقة مع المعدل الطبيعي بعد مرور سنتين تقريباً من الترمل لتتساوى مع نسب فئة المتزوجين، كذلك فإن المترملين يميلون في المتوسط إلى الزواج مرة أخرى بعد أكثر من سنتين على ترملهم، ولكي تكون فرضية الاختيار التي نحن بصددها صحيحة ومقبولة فإن المترملين يفترض أن يسعوا إلى الزواج بعد مرور ستة أشهر من ترملهم.

2. فرضية التجانس أو الاختيار المتبادل:

تؤكد العديد من الدراسات أن هناك ميلاً لدى الأشخاص الذين يتمتعون بصحة جسمية ونفسية جيدة إلى الاقتران بأزواج يتمتعون بنفس المواصفات، وأن الذين لايمتلكون هذه الميزة يميلون إلى الاقتران بأزواج يشبهونهم من الناحية الجسمية والنفسية فالأشخاص المعاقين عوقاً فسيولوجياً في الأطراف او في أعضاء الحس مثلاً نراهم يميلون للاقتران بمن يماثلهم في اعاقتهم، كما أظهرت إحدى الدراسات الغربية التي أجراها (جيكو 1998) أن هناك ميلاً لدى المترمل للموت بنفس المرض الذي مات به شريك الحياة.

3. فرضية البيئة غير المرغوبة:

ترى هذه الفرضية أن الشخصين الذين يعيشان سوية معرضين لنفس المخاطر البيئية، فهما يأكلان من نفس الطعام ويتعرضان لأخطار مماثلة، ولذلك فإنهم يموتون وقت متقارب، والواقع أن هذا التفسير لايستطيع أن يعلل المشكلات النفسية المتزايدة بين الأرامل اللواتي مات أزواجهن لأسباب صحية وجسمية مباشرة.

4. فرضية التأثير الانعزالي:

هناك اعتقاد لدى بعض الباحثين بأن التأثيرات السلبية لحالة الترمل تعود في الأغلب إلى ما أسموه (أعراض اليأس وفقدان الرغبة بالعيش) وحاولوا البرهنة على

أن حالة اليأس تُفضي إلى تغيرات فسيولوجية مباشرة مثل انخفاض مقاومة الجسم للأمراض وبعض التغيرات السلوكية المؤذية بحياة الفرد وسعادته، وكنا قد أشرنا في وقت سابق إلى أن الضغط النفسي يُحدث العديد من التغيرات الفسيولوجية، وعليه فإن من المفيد أن تُفحص الاستجابات الفسيولوجية التي يسببها الضغط النفسي جراء فقدان أحد الزوجين، واستنتج جيروم بليك بان السلوك البدني المضر بالصحة يؤدي إلى التقليل من مقاومة الجسم للأمراض، وأن الفرد الذي قاسى محنة موت أحد أحباءه قد لايهتم كثيراً براحته الجسدية ويهمل العلاج أو تناول الدواء وقد يتجاهل وضعه الصحي السيء كلياً.

5. فرضية المتغيرات السلوكية المنفصلة عن الحزن:

يؤدي موت أحد الزوجين بالزوج الحي إلى الاهمال ومزاولة سلوك محفوف بالمخاطر المهددة لحياته منها عدم الاهتمام بغذاءه، أو عدم انتظامه على تناول الدواء، أو مراجعة ا لطبيب في حالة المرض وليس ذلك بسبب الحزن والأسى ولكن لعدم وجود (الشريك الآخر) الذي يشجعه ويدفعه للاهتمام بصحته وغذاءه، وقد وجد أن التعرض لحوادث السير هي أعلى بكثير لدى المترملين الذين يفتقدون إلى مساعدة الطرف الآخر وتنبيهاته عندما يكونان سوية في الطريق أو عند اجتياز الشارع.

الاستنتـــــــــاج

قبل الدخول في الاستنتاجات المتعلقة بالفرضيات الخمسة السالف ذكرها نود الإشارة إلى الدراسة التي أجراها (ياماموتو 1997) والتي قارن فيها نسب الوفيات بين الأرامل في كل من لندن وبوسطن وطوكيو فوجد أن نسبة الوفيات عالية بين الأرامل في المجموعتين الأولى والثانية (لندن وبوسطن) أما اليابانيات الملتزمات بالدين بشكل

وثيق فقد كانت نسبة الوفيات لديهن قليلة مما دعى ياماموتو لعزو ذلك إلى العامل الديني والالتزام بالطقوس الدينية وبأصول الديانة البوذية[1] التي تشدد على تقديس العلاقة الزوجية واحترامها، لذلك فإن اليابانيات المترملات يشعرن على الدوام بضرورة الاستمرار على نفس الدرجة من الولاء للزوج حتى بعد وفاته مع إيمانهن بأن الحزن والأسى لا يجلبان أية فائدة.

أما دراسة (مورغن 1999) فقد تناولت الجانب المعنوي والحياتي لدى 232 أرملة و 363 متزوجة تراوحت أعمارهن بين 45-74 سنة، وقد قامت الباحث بفحص تأثيرات العوامل المتغيرة والبسيطة التي قد تفسر الاختلافات الواضحة بين المجموعتين منها الدخل والمرتبة الوظيفية فوجد أن الفروقات في المعنويات بين المجموعتين قد اختفى، أي أن الأفراد المتساوون بالدخل والمرتبة الوظيفية لا يختلفون عن بعضهم بغض النظر عن حالتهم الزوجية، مما يثبت لنا بأن فقدان الدعم والمؤازرة هو الذي يعلل انخفاض المعنويات لدى الفرد الذي يعاني من فقدان أحد أحباءه، وقد أورد مورغن قصة سائق تكسي لم يكن لديه أقارب، وقد أدخل المستشفى فكشف التشخيص عن إصابته بتزامنية أعراض كورساكوف الكحولية، وقد تبين أن زوجته قبل وفاتها كانت تركب معه في السيارة وتنبهه إلى إشارات المرور واتجاهات وتقاطعات الشوارع، وكانت بالنسبة له بمثابة صديقة مخلصة، لكن الموت حرمه منها ومن صحبتها، وقد كان فقدانها بالنسبة له مدمراً من الناحية النفسية فضلاً عن حالته المادية.

---

(1) البوذية Buddhism : ديانة (في آسيا الشرقية والوسطى) نشأت من تعاليم غوتاما بوذا القائلة بأن الألم جزء لايتجزأ من طبيعة الحياة ، وأن المرء باستطاعته التخلص منه بالتطهير الذاتي العقلي والأخلاقي (المترجم).

ويصف جيفري كورد طريقة تتألف من ثلاثة مراحل لمعالجة الحزن هي:

1. على المحروم من شريكه الثاني أن يقوم بفك الارتباط معه وابعاد نفسه عن كل مايذكره به.
2. أن يعيد صياغة حياته وتكيفه مع البيئة التي كان يشاركه فيها المتوفي
3. يجب أن يقيم علاقات وارتباطات جديدة مع أشخاص آخرين.

وقد عارض بعض المهتمين في هذا الجانب هذه التوصيات لكن آخرين ناقشوها ووضعوا تصوراتهم عن كيفية تطبيقها بأفضل صورة.

ونحاول الآن في الجزء المتبقي من هذا الفصل أن نتفحص ستراتيجيات التدخل المتوفرة وتأثيرها في جعل طريقة العلاج تعمل بنجاح، فلقد وجد ان الحزن في معظم الحالات يتلاشى ويتناقص بمرور الوقت فبعد ثلاث أو أربع سنوات ينشغل معظم المترملين في حياة جديدة ويشعرون بأنهم قد عادوا لوضعهم الطبيعي الذي سبق وفاة محبّيهم، بل أن الكثيرين منهم يرون بأنهم قد أصبحوا أشد قوّة وأكثر قدرة، وأنهم قد نجحوا في التغلب على مأساتهم، ولكن مع ذلك هناك أقلية قد لا تستطيع الوصول إلى ذلك وتحتاج إلى نوع من المساعدة والدعم من قبل الاخصائيين في هذا المجال.

كذلك فإننا يجب أن نتوسل بكل ما من شأنه أن يعزز مشاعر الأمن والاطمئنان لدى الشخص الثاكل واستبعاد الشكوك ممكنة الحصول وتوفير أجواء عائلية دافئة، ومحاولة اقناعه بالانتقال إلى سكن جديد، وقد يكون من المفيد أيضاً الاستعانة بدعم رجال الدين لتقوية معنوياته وشد أزره، وتشجيعه للاستمرار في أداء دوره العائلي أو القبول بأدوار أخرى جديدة على أن لاتكون مرهقة أو تتعدى حدود قدراته، لأن

الفشل فيها سيقود إلى اليأس والقنوط الذين قد يدفعاه إلى الهرب من الحياة بطريقة أو أخرى.

العلاج المهني

عندما يبدي الفرد استجابات الحزن المرضي فإن التدخل المهني يصبح أمراً واجباً، وهناك العديد من الستراتيجيات العلاجية لمعالجة الثاكلين منها على سبيل المثال ما اقترحه ليندمان من ضرورة نقل الثاكل من حالة الحزن المرضي إلى حالة الحزن الطبيعي وذلك بمشاركة الأخصائي النفسي للثاكل في أحزانه ومساعدته على تخليص نفسه من رباط شريكه المتوفي، وإيجاد أنماط تفاعلية جديدة، ويمكن تحقيق ذلك عن طريق تشجيع الثاكل للتعبيرعن الألم بطريقة تبعده عن تصويرحزنه وشعوره بالخسارة، وقد يتطلب استخدام تقنيات خاصة عندما تكون استجابات الثاكل عدائية أو لديه اكتئاب حاد، وعليه فإن على الأخصائي النفسي أن يشجع الثاكل في التعبير عن عداءه نحو الأخصائي النفسي نفسه دون إحداث مشاعر ذنب لديه كي لايتجنب اللقاء بالأخصائي بعدئذ ؛ اما الاكتئاب فبالامكان معالجته بعقاقير مضادة للاكتئاب مثل ايميبرامين Imipramine أو فينيلزاين Phenelzine، كما يتعين على الأخصائي النفسي أن يشجع الثاكل لعرض علاقته مع المتوفي، وأن يكوّن علاقة جديدة مع المتوفي باعتباره شخصاً قد مات، يضاف إلى ذلك تشجيعه لاكتساب أنماط سلوكية جديدة مع الأصدقاء والأقرباء ممن هم على قيد الحياة، وكل ذلك يمكن إتمامه في 8-10 جلسات.

أما العالم النفسي فولكمان فقد طوّر تقنية علاجية خاصة بالثاكلين أساسها التشديد على جعل الثاكل يبدي استجابة عاطفية للفقدان، وذلك بتحرير العواطف

الداخلية المكبوتة والانتباه إلى الأشياء التي تربط بينه وبين المتوفي مما يرد ذكره على لسان الثاكل، مثل بعض التذكارات أو الصور أو الرسائل، مما يعني أن هذه الأشياء يجب استبدالها بأشياء أخرى جديدة مثل تعلم قيادة السيارة، العودة إلى الدراسة، مزاولة هواية سابقة... وهذه التقنية سوف تقود الثاكل بمرور الوقت إلى التركيز على المستقبل بدلاً من الماضي.

العلاج غير المهني

لقد أنشأت أعداد كبيرة من المنظمات المحلية والقومية لمساعدة الثاكلين في اعادة تكيفهم للبيئة من جديد ففي ندوة خاصة بالمترملين من الجنسين عقدت في كلية طب هارفرد حضرها ممثلين من مختلف المنظمات (آباء بدون أحفاد، نادي الكاثوليك، جماعة الزمالة النسائية) وقد أعطى هؤلاء آراءهم في أفضل الطرق التي تساعد الثاكل للتعامل مع وضعه الجديد بعد الثكل، والذي ميّز هذه الأندية أن أعضائها هم من الثاكلين سابقاً، ولهذا فقد عاشوا بأنفسهم فترة الثكل فكانوا يتعاطفون مع من يعيش هذه الحالة ويرغبون ف مساعدته ومنحه بعضاً من خبرتهم في هذا المجال.

ولقد قامت سيلزمان من طب هارفرد باعداد برنامج للتدخل الوقائي التجريبي يدعى (برنامج الأرملة للأرملة) حيث تتصل الأرامل القديمات بالأرامل الجديدات لمساعدتهن في تخطي المشاكل العملية أو العاطفية، وعلى الرغم من أن سيلزمان قد دعت هذا البرنامج باسم (تجربة في التدخل الوقائي) إلا أنها لم تستعن بالمجاميع الضابطة التي تمكنها من توثيق فعالية هذا البرنامج بصورة كافية، مع أن المعلومات التي وفرتها لنا توحي بأن البرنامج مفيد إلى حد ما.

ولكي تتحقق سيلزمان من جدوى برنامجها فقد أجرت تقييماً موضوعياً له بدراسة 99 أرملة أظهرت 50 منهن قبولهن لزيارات الأرامل القديمات فيما رفضت الأخريات ذلك بذريعة عدم الحاجة للمساعدة، أو أنهن قد حصلن على دعم نفسي ومعنوي كاف من الأقارب والأصدقاء.

وأظهرت المقابلات اللاحقة التي أجريت بعد ثلاث سنوات من اطلاق هذا البرنامج أن هناك ثلاثة عوامل مهمة ساهمت في نجاحه هي:

1. إن الأرملة التي تقوم بالزيارة تمنح الأرملة الجديدة الأذن الصاغية وتتعاطف معها بصدق واخلاص لأنها قد مرت بالتجربة لذلك فإن الأرملة الجديدة تشعر بأن ضيفتها تفهم موقفها وحيرتها بصدق.

2. إن الزائرة تمنح الأرملة الجديدة النموذج للدور المناسب الذي يتوجب عليها ممارسته من خلال تزويدها بالمعلومات عن الاستجابات الاجتماعية والعاطفية المناسبة، فضلاً عن أن الزائرة تزود الأرملة الجديدة بالمثل في استمرارية الحياة بعد الثكل وإن بالإمكان التغلب على الخسارة بشكل أو آخر.

3. إن الأرملة الزائرة كلما كانت فعالة ونشيطة كلما كان تأثيرها على الأرملة الجديدة أكبر وستشعرها باستمرار بأن الضوء موجود في نهاية النفق.

الفصل السابع

ثقافة الموت

Death Education



ثقافة الموت

مهما فكرنا أو كتبنا أو قرأنا عن الموت إلاّ أننا قد لانستطيع إقناع أنفسنا أو الآخرين بأن الموت هو تجربة طبيعية وأن علينا مواجهته بطريقة ايجابية، واستطيع القول أن أفكاراً مثل هذه تثير عدم الارتياح النفسي، وقد يسألني شخص ما : وماذا تهدف من كتابك هذا إذاً ؟ وسيكون جوابي بالطبع:

1. إن المعلومات التي قدمتها في هذا الكتاب لا تهدف إلى إقناع احد بالموت، أو أنه تجربة مقبولة ومستساغة وقيّمة، ولكنني أحاول تزويد القارئ بحلول لبعض المشكلات المصاحبة للموت والاحتضار.

2. إن غايتي القصوى هي تسليط الضوء على هذا الموضوع لكي اجعل من الاحتضار أمراً مسيطراً عليه بشكل أفضل مما هو سائد بين الناس، ولقد قلنا في هذا الكتاب أن تأثير الأحداث السلبية يقل إلى الحد الذي نستطيع توقعه والسيطرة عليه، فمثلاً فإن اعطاء المريض الذي يعاني من مرض عضال أملاً وقدرة على التحكم في وضعه وهو في الطور النهائي من حياته قد يجعل حالتة أكثر احتمالاً، كما أن المعرفة والتهيؤ لأي حدث خطير يقلل من تأثيره، لذلك فإن معرفتنا عن الموت والاحتضار والثكل تعد من أفضل الطرق الفعالة في ثقافة الموت، ويمكن أن نطبقها بصورة تقليدية أو غير تقليدية، كما أن هذه الثقافة يمكن أن تؤدي وظائف عديدة، منها:

1. إنها تقدم معلومات عملية ذات قيمة كبيرة للأطباء الذين يتعاملون مع المحتضرين.

2. إن الشخص العادي عليه في النهاية أن يواجه أزمة الموت والاحتضار، ومعلومات كهذه قد تقلل من الشدة النفسية الناشئة عن هذه الأزمات.

3. إن الدراسة العلمية لثقافة الموت يمكن أن تكون علاجية أي أنها تتيح للمرء فرصة المواجهة والتعبيرعن مشاعره تجاه الموت، وهذه الوظائف يمكن ملاحظتها إما عن طريق الوسائل الرسمية أو غير الرسمية، وفي كلتا الحالتين يتوجب على القائم بهذه المهمة أن يضع في ذهنه الاحتياجات الخاصة والملائمة لطلبته أو من سيقدم لهم هذه الدروس أو الخبرات.

ثقافة الموت للأطفال

ربما يكون أبرز مظهر لثقافة الموت بالنسبة للصغار هو أن الآباء والمعلمين يذهبون بعيداً لتجنب تعريف فكرة الموت كشيء يتعذر الخلاص منه فعندما يموت حيوان مدلل لدى العائلة فإن الأبوين يسارعان لتعويضه بآخر جديد ويفضلان أن يكون مشابهاً للحيوان الميت، وعندما يتوفى قريب كالجدة مثلاً فإنهم غالباً ما يشيرون للأطفال بأنها قد ذهبت في رحلة طويلة، وهذه الستراتيجية قد تكون ملائمة لأطفال دون سن المدرسة إلى عمر خمس سنوات مادام من غير المحتمل أن يفهم الطفل فكرة الموت، ومعظم الأطفال في هذا العمر غير قادرين على التمييز بين أن يكون المرء مسافراً أو كونه ميتاً، وعندما يعلمون أن أحداً قد مات فإنهم يوجهون أسئلة مثل (أين ذهب ؟ وماذا يفعل ؟ ومتى سيعود ؟..).

أما أطفال الابتدائية من (5-9 سنوات) فإنهم يعرفون أن الموت هو أمر نهائي ولكن مشكلتهم في فهم أسباب الموت لذلك فقد يتجسد لهم كشبح أو ملاك يأتي

ليأخذ الناس بعيداً، وعادة ما يبدأ أطفال السابعة وما بعدها بفهم الأسباب الحقيقية للموت ويمكن إخبارهم بأن الجدة قد توفيت بالسرطان وهو مرض يصعب الشفاء منه وتوضيح هذه الأمور قد يكون سهلاً لأن المدرسة أو الروضة قد قدمته كما يفترض.

كذلك فإن الأطفال في هذه السن بإمكانهم التمييز بين الأشياء الحية وغير الحية وان يعبّروا عن أفكارهم الشخصية عن الموت وأن يتناقشوا في مراسيم التشييع والعقائد الدينية في مختلف الثقافات، ولو أننا نستشهد بتقارير المدرسين فسنجد آراءً ايجابية بهذا الخصوص وأن التلاميذ يستمتعون بمثل هذه المواضيع ويتفهمونها كأمر اعتيادي يحصل لكل واحد.

ثقافة الموت للمراهقين والبالغين

إن تلاميذ مدارس الأحداث ومابعدها هم كبار بما فيه الكفاية لفهم الموت والاحتضار رغم أنهم قد لايكونوا ناضجين فكرياً بما يكفي لفهم وتقييم الكثير من الجوانب النفسية الدقيقة لعملية الموت أو الاحتضار، وقد قام رايموند وتوم 1994 بتنظيم حلقة دراسية قصيرة عن الموت والاحتضار لطلبة مدرسة اليافعين في لويزيانا، وقد شملت المرحلة الأولى من هذه الحلقة الدراسية تقييماً لمواقف الطلبة تجاه الموت واهتماماتهم بشأنه.

وفي المرحلة الثانية من هذه الحلقة الدراسية خضع الطلبة لقراءات أدبية لتزويدهم بخلفية مناسبة بهذا الخصوص ثم جيء بأشخاص مرجعيين لديهم اهتمام واسع بموضوعات الموت منهم (منظم جنازات، عالم نفساني، فنان، موسيقي، طبيب، محامي،

محارب قديم، وواعظين من معتقدات مختلفة) وكانت الاستجابة لهذه الدراسة جيدة من قبل الآباء والطلبة.

أما في مستوى المدارس العليا فقد قدم فونتينو 1997 محاضرات عن كيفية تكامل الموت مع مواضيع تقليدية أخرى وطلب من الطلبة قراءة كتاب (تأملات في الموت) لمؤلفه برايانت وتلا ذلك عدة مقالات صحفية وبعض الكتب الأخرى، ثم طلب منهم أن يكتبوا ملخصات لمقالات الصحف، ثم تحليلاً نقدياً لكل ما قرأوه بناءً على إجابات للسؤال (كيف تمت مواجهة الموت من قبل الشخصية الرئيسية؟ وما هو الانطباع الذي خرجت به من قراءتك للكتاب ؟ ثم عقدت مناقشات بين الطلبة ركزت على مواضيع الانتحار، القتل الرحيم، مراسيم التشييع، تقبل موت الآخرين... وقد أظهرت الدراسة التقييمية التي أجريت بعد انتهاء هذا النشاط أن 94 من 96 طالباً وافقوا على أن التجربة كانت جديدة ومفيدة وجديرة بالاهتمام وذات مغزى. ووافق 93 منهم على أن دراسة الموت (تجعل الحياة أكثر قيمة وذات معنى) وقد يكون الدليل الأكثر إقناعاً لانهماك الطلبة هو حقيقة بأن ما قاموا به من قراءة وكتابة ملخصات أكثر مما حصلوا عليه من قبل المحاضرين.

أما التطور الأكبر في ثقافة الموت فكان في مستوى الجامعة حيث قدم لهم نيوزريل 1994 من جامعة ميريلاند موضوعات عن الموت في المجتمعات الصناعية والجوانب القانونية للموت والاحتضار والانتحار، وقد كانت استجابة الدارسين لهذه المواضيع رائعة، أما في جامعة بطرسبرغ فقد قدمت البروفسورة جاف دروساً فريدة عن الموت والاحتضار فقد كانت مصابة بمرض إبيضاض الدم وفي مرحلة ميؤوس منها لذلك فقد كان درسها مفعماً بالمشاعر الوجدانية وقد طلبت من الطلبة أن لا تقتصر

معرفتهم عن قضايا الموت والاحتضار عن طريق القراءة فقط ولكن عليهم تعلم كيفية التعامل مع شخص حي ولكنه يحتضر.

كذلك فإننا يجب أن نعلم أن صفوف البالغين والمنتظمين في التعلم المستمر الذي يركز على الموت والاحتضار موجودون في مختلف المناطق وقد تأسست المحاولة الأولى لتعليم الجمهور ثقافة الموت عام 1969 في ديترويت من قبل كاستنباوم وكونيل وقدمت أولى برامجها في سبعة أسابيع بعنوان (الموت والاحتضار وكيفية التصرف) وكان طلبة هذا البرنامج إما من المحترفين أي العاملين في المجال الطبي أو من الأشخاص المحتضرين مباشرة أو أشخاصاً عاديين لديهم الرغبة في هذه الموضوعات.

وفي كلية بيري الواقعة في جبال جورجيا الشمالية أُقيم فصل دراسي آخر استطاع أن يجتذب حشوداً كبيرة من الناس، وكان ثلث الحاضرين من العاملين في المهن الصحية والثلث الثاني من أشخاص لهم علاقة بالخدمات المقدمة لكبار السن، والثلث الأخير من طلبة وأفراد المجتمع(من ضمنهم أشخاص فقدوا أعزاء عليهم مؤخراً) وقد كان الجميع مهتمون بالحصول على أفكار جديدة نحو الموت والاحتضار، وقد تمثلت وجهة نظر المجموعة الثالثة برجل عمره 72 عاماً كان يتوقع الموت الوشيك وأراد أن يعرف ماذا سيحدث عندما يدنو أجله ويقترب الموت منه.

ثقافة الموت للمسنين والمرضى الميؤوس منهم

من المؤسف حقاً أن فرص المواطنين العاديين الذين قد يستفيدون أكثر من ثقافة الموت محدودة جداً وتعزى قلة الاهتمام بهذه الخصوص إلى عاملين:

الأول: أن هناك قصوراً في مختلف الجوانب التي تخص المسنين لذلك علينا أن لا نندهش عندما تكون الموضوعات المتعلقة بالموت غائبة أو قليلة وأن فيها تقصيراً واضحاً.

الثاني: أن بعض العاملين في هذا المجال يفترضون أن المسنين المصابين بأمراض خطيرة قد لا يستطيعون الاستمرار في هذه النشاطات خصوصاً عندما تعطى نسب تقريبية عن الموت فموضوعات بهذا الخصوص تثير لديهم التوتر والانزعاج، لذلك فإن الأفضل أن نقدم لهم اختباراً قبل بدء الحلقة الدراسية لمعرفة مدى استعدادهم لذلك، وكمثال على ثقافة الموت غير الرسمية ما قام به المختصون في شيكاغو منذ أوائل عام 1966 حيث أسسوا ما وصفوه (بمجتمع الموت) حيث يشجع فيه المرضى الفرصة للتعبير عن أفكارهم عن الموت والاحتضار وأساليب الحزن على الميت وبذلك فقد انتقلت هذه الثقافة من كونها علاجية إلى وسيلة تعطي للمريض الفرصة للتعبير عن مشاعره التي تثيرها معضلة وكيفية عرضها للآخرين وقد استخدمت في هذا البرنامج مختلف أنواع العلاج التقليدية كالتحليل النفسي أو طرق العلاج الحديثة مثل تقديم عقار LSD لهؤلاء الميؤوس منهم.

ثقافة الموت لممارسي الطب

افتتحت عدة صفوف لثقافة الموت للمرضين والممرضات في مختلف المؤسسات الصحية وفي شيكاغو بالذات قام موراي بتقديم محاضرات استمرت ساعة ونصف تقدم أسبوعياً عن الموت والاحتضار على مجموعة مؤلفة من 30 ممرضة، وكانت هذه الجلسات تتضمن مناقشة المحاضرة بعد تقديمها، وعروض سمعية وبصرية وأساليب تأدية الخدمة والتدريب عليها وحساسية التعامل مع المرضى، وقد تم تقييم هذه

التجربة بتقديم مقياس القلق الذي يسببه الموت قبل بدء الدورة وبعد الانتهاء منها، وقد تبين أن هناك انخفاضاً واضحاً في قلق الموت عند مقارنة نتائج الاختبارين القبلي والبعدي. كما ظهرت في السنوات الخمس الأخيرة أعداد كبيرة من المنشورات التي تهدف إلى تثمين دور ممارسي العلاج والعاملين في المجالات الطبية المختلفة مع كبار السن والمرضى المحتضرين، وظهرت كتب عديدة في علم الاجتماع النفسي والتمريض والاحتضار، فضلاً عن عدد كبير أيضاً من الكتيبات والكراسات التي تتناول هذه الموضوعات وكيفية التعامل معها مثل (المظاهر النفسية والاجتماعية لرعاية المرضى الميؤوس منهم) و(الممرضة والمريض المحتضر) و(تمريض المحتضرين) بالاضافة إلى مطبوعات أخرى تتمحور حول المشكلات التي ترافق رعاية المحتضر.

أما وضع ثقافة الموت للأطباء فهو أكثر غموضاً ولتسليط الضوء على هذه المسألة أرسلتُ أنا استبياناً بالبريد إلى 113 مؤسسة طبية في الولايات المتحدة الأمريكية طالباً الآتي:

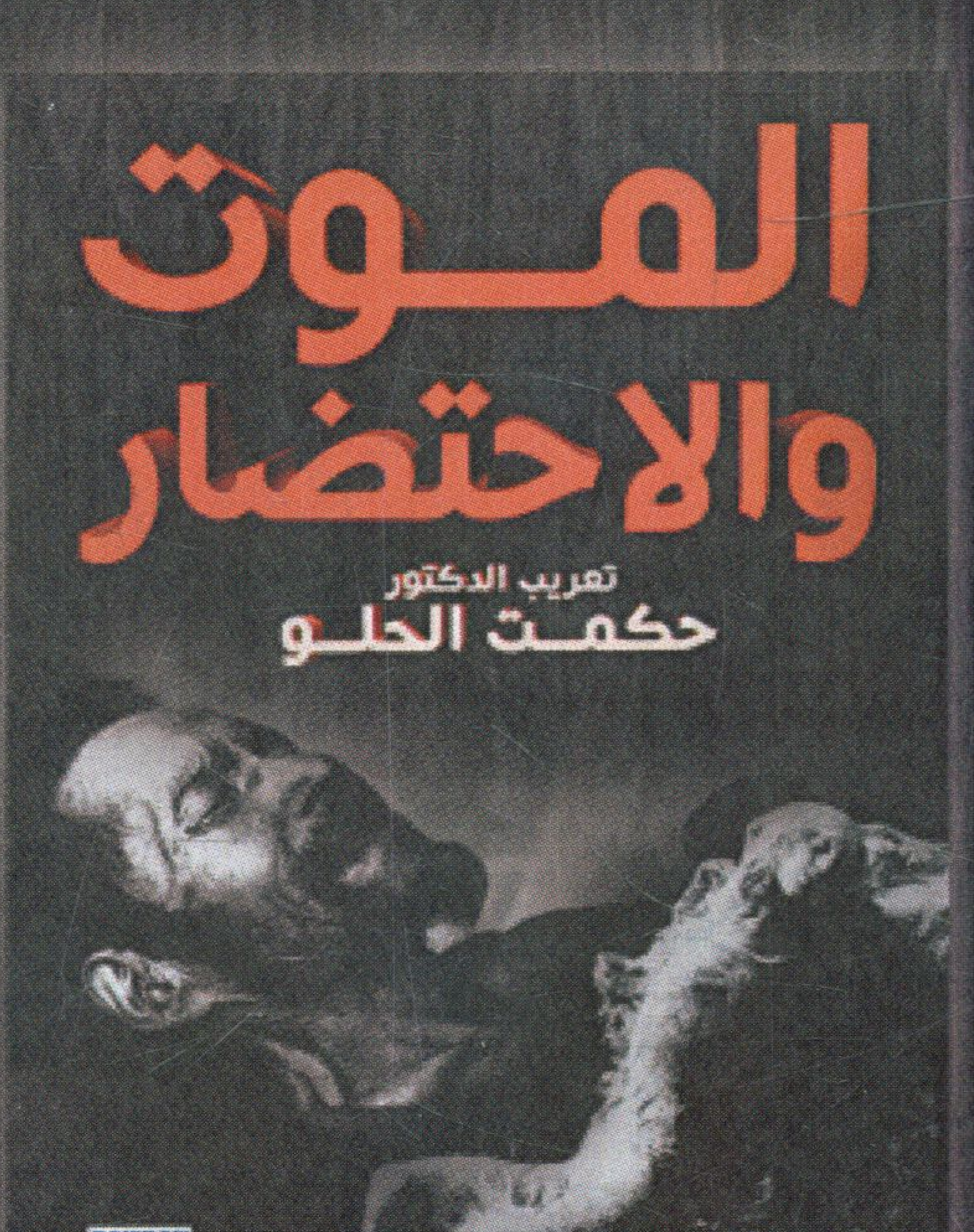
1. عدد المقررات الدراسية المكرسة على وجه التحديد للموت والاحتضار وعدد المقررات المقترحة في هذا الصدد.
2. عدد المقررات المختارة والمكرسة للموت والاحتضار، وما هي المقررات الاختيارية.

وقد أُعيد لي 65 استبياناً من أصل 113 استبيان تم ارسالها بالبريد الالكتروني، علماً بان كل استفتاء أرفق برسالة تقول : إذا لم نستلم ردكم فإننا سنفترض بأنكم لا تقومون بتقديم هذه المقررات) وقد أشار احد الاستفتاءات العائدة إلى مقترح بزيادة هذه المقررات وتنويعها لما لها من أثر ايجابي في اعداد الطبيب.

علماً بأن موضوعات الموت والاحتضار تدرّس بشكل اعتيادي ضمن أدبيات الطب، والطب النفسي، وفي الرعاية الصحية للأسرة والمجتمع، ومختلف المهن الطبية والصحية.

والخلاصة، فإن ثقافة الموت هي مادة تستوجب الاهتمام والتركيز عليها لأنها تجعل من المرحلة الأخيرة للحياة أكثر تنبؤاً وسيطرة وتعطي الفرد الفرصة للتعبير عن مشاعره وانفعالاته، كذلك فإن ثقافة الموت تصلح لأن تكون تعليمية أو ثقافية أو تنفيسية، كما أنها تعد مهمة لتعليم الناس كيفية التعامل مع الأحداث الصادمة في حياتهم.

الفهرس







الرواد والمرجع الأصدق للكتاب الجامعي الأكاديمي

دار زهران للنشر والتوزيع

تلفاكس: 0096265331289 ص.ب: 1170 عمان - الرمز البريدي: 11941 الأردن

E-mail: zahran.publishers@gmail.com www.zahranpublishers.com